FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1910-1911 N° 17

# DE LA PAROI ABDOMINALE
## AU COURS DE LA
# PUERPÉRALITÉ

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 1er Juillet 1911*

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY, MENTION " MÉDECINE "

PAR

Mlle POPADITCH (HÉLÈNE)

*NÉE LE 2 AVRIL 1886, A PARIS (SEINE)*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

| | |
|---|---|
| HERRGOTT, Professeur. . | *Président.* |
| WEISS, Professeur. . . . | *Juges.* |
| FRUHINSHOLZ, Agrégé. . | |
| LUCIEN, Agrégé. . . . . | |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1911

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547203_0021

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1910-1911 N° 17

# DE LA PAROI ABDOMINALE
## AU COURS DE LA
# PUERPÉRALITÉ

## THÈSE

*Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 1er Juillet 1911*

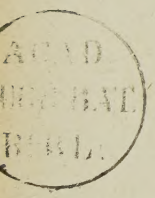
POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY, MENTION " MÉDECINE "

PAR

Mlle POPADITCH (HÉLÈNE)

*NÉE LE 2 AVRIL 1886, A PARIS (SEINE)*



EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

| | |
|---|---|
| HERRGOTT, Professeur. . | *Président.* |
| WEISS, Professeur. . . . | *Juges.* |
| FRUHINSHOLZ, Agrégé. . | |
| LUCIEN, Agrégé. . . . . | |

**Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.**

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51
—
1911

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

**Doyen :** M. GROSS, O ✻, I ✪.
**Assesseur :** M. WEISS, ✻, I ✪.
**Professeurs honoraires:** MM. BEAUNIS, ✻, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, ✻, I ✪, BERNHEIM, O ✻, I ✪.

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | M. GROSS, O ✻, I ✪. |
| Physique médicale | M. CHARPENTIER, ✻, I ✪. |
| Médecine opératoire | M. CHRÉTIEN, I ✪. |
| Clinique chirurgicale | M. WEISS, ✻, I ✪. |
| Chimie médicale et Toxicologie | M. GARNIER, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SPILLMANN, I ✪. |
| Clinique obstétricale et Accouchements. | M. A. HERRGOTT, ✻, I ✪. |
| Hygiène | M. MACÉ, I ✪. |
| Clinique médicale | M. SCHMITT, I ✪. |
| Physiologie | M. MEYER, I ✪. |
| Pathologie générale et Pathologie interne | M. SIMON, I ✪. |
| Histoire naturelle médicale | M. VUILLEMIN, I ✪. |
| Clinique ophtalmologique | M. ROHMER, I ✪. |
| Médecine légale | M. PARISOT, I ✪. |
| Clinique des maladies des enfants | M. HAUSHALTER, I ✪. |
| Histologie | M. BOUIN, I ✪. |
| Anatomie descriptive | M. ANCEL, A ✪. |
| Anatomie pathologique | M. HOCHE, I ✪, |

## Professeurs adjoints

| | |
|---|---|
| Clinique d'électrothérapie (1) | M. GUILLOZ, I ✪. |
| Pathologie externe | M. VAUTRIN, I ✪. |

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Clinique des maladies des vieillards | M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique des malad. syphilit. et cutanées. | M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé libre. |
| Accouchements | M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre. |
| Clinique d'orthopédie (1) | M. FRŒLICH, I ✪ id. |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1) | M. JACQUES, I ✪ id. |
| Clinique des voies urinaires (1) | M. ANDRÉ, I ✪, id. |
| Clinique des maladies mentales | M PARIS I ✪. |
| Médecine opératoire | M. MICHEL, A ✪, agrégé libre. |
| Thérapeutique et Matière médicale | M. ZILGIEN, I ✪, ag. lib., ch. du cours. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. GUILLOZ, I ✪. | MM. COLLIN, A ✪. | MM. BUSQUET. |
| LAMBERT, I ✪. | DUFOUR, A ✪. | LUCIEN, A ✪. |
| RICHON, A ✪. | SENCERT, A ✪. | BINET. |
| G. GROSS, A ✪. | ROBERT, A ✪. | PERRIN. |
| FRUHINSHOLZ, A ✪. | | |

## Agrégés libres

MM REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ETIENNE, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, SCHUHL, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, A ✪, L. SPILLMANN, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ✉, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université

*L'Université a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.*

A MON PÈRE

Mon premier et mon meilleur Maître,
qui me fit aimer dès l'enfance l'art de guérir et de soulager
ceux qui souffrent ;

A MA MÈRE BIEN-AIMÉE

*Faible témoignage de ma profonde tendresse.*

## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

### Monsieur le Professeur A. HERRGOTT

Professeur de la Clinique obstétricale de Nancy,
Membre correspondant de l'Académie de Médécine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il m'est particulièrement agréable d'inscrire sur la première page de ce modeste travail le nom du Maître profondément respecté dont nous avons pu apprécier, à l'occasion de causeries au lit des malades, les charmes d'une parole aussi attrayante qu'érudite. Nous serons heureuse de nous dire son élève, et nous n'oublierons jamais ses conseils essentiellement pratiques et ses leçons savantes et spirituelles, au cours desquelles nous avons appris à connaître et à admirer l'esprit français. Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider notre thèse.*

### A Monsieur le Professeur WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Nancy
Chevalier de la Légion d'Honneur

*C'est une occasion pour nous de dire publiquement notre reconnaissance à l'éminent et habile Chirurgien à qui nous devons la majeure partie de nos connaissances chirurgicales. Nous nous rappellerons avec émotion ses magistrales leçons cliniques, son enseignement si précieux, et la haute notion de la conscience et du devoir professionnels dont il nous donna toujours l'exemple.*

### A Monsieur le Professeur FRUHINSHOLZ

Professeur agrégé de la Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Nancy.

*Nous ne saurons jamais exprimer suffisamment à notre Maître notre gratitude pour les nombreuses connaissances dans l'art de l'accouchement, qu'il nous a si patiemment apprises ; pour ses conseils de méthode et de technique opératoires, de calme et de sang-froid ; et surtout aussi pour la bienveillance inépuisable avec laquelle il nous a toujours accueillie.*

# AVANT-PROPOS

*Parvenue au terme de nos études, nous considérons comme un de nos plus sacrés devoirs d'adresser un hommage aux maîtres éminents et dévoués qui ont présidé à notre éducation médicale et chirurgicale à la Faculté et dans les Hôpitaux de Nancy.*

*Nos premières paroles de reconnaissance vont à celui qui nous a inspiré cette étude, à M. le Professeur agrégé* FRUHINSHOLZ.

*Que MM. les Professeurs* GROSS, SPILLMANN, SCHMIDT, ROHMER, HAUSHALTER; *que MM. les professeurs agrégés* LAMBERT, FRŒLICH, RICHON *et* LOUIS SPILLMANN, *qui nous ont prodigué les enseignements de leur haute expérience, reçoivent ici l'expression de notre vive gratitude.*

*Notre reconnaissance était acquise depuis longtemps déjà à M. le Professeur agrégé* LUCIEN, *pour les conseils qu'il nous a obligeamment donnés au Laboratoire d'anatomie pathologique; qu'il accepte aussi tous nos remerciements pour avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.*

*Que M. le Docteur* JOB *soit persuadé que nous conserverons le meilleur souvenir de son amabilité.*

*Nous n'oublierons pas non plus les bons services que nous ont rendus M*lles SOLMON *et* FRANÇOIS, *sages-femmes en chef à la Maternité de Nancy.*

*Nous adressons un excellent souvenir aux Docteurs* CAUSSADE, FLORENTIN *et* FAIRISE *et à tous les Camarades que nous avons rencontrés au cours de nos études et qui tous nous ont donné des preuves nombreuses de la plus parfaite courtoisie.*

*Et à la France, que nous avions appris à aimer depuis longtemps, à la grande nation hospitalière et généreuse qui est pour nous une seconde Patrie, nous adressons un cordial et ému merci.*

# INTRODUCTION

C'est à notre Maître, M. le professeur agrégé FRUHINSHOLZ, que nous devons le sujet de notre thèse. C'est sur ses conseils et sous son inspiration directe que nous avons entrepris cette étude.

Nous n'avons pas la prétention de présenter un travail entièrement nouveau; notre but, des plus modestes, est de résumer les connaissances acquises sur l'éventration en rapport avec la grossesse; d'y ajouter quelques nouveaux aperçus, et d'insister plus particulièrement sur la prophylaxie et sur le traitement de cette affection.

Nous nous sommes efforcée d'établir quelles étaient la pathogénie et l'étiologie de l'éventration, de montrer quelles sont les conséquences auxquelles elle expose les femmes qui en sont atteintes, d'indiquer les moyens qui permettent de la prévenir ou de pallier à ses plus graves inconvénients si elle vient à se produire.

Nous avons déterminé son degré et sa forme en examinant un certain nombre de femmes enceintes à la Maternité de Nancy; nous avons recherché quelles sont les modifications de la paroi abdominale pendant la grossesse et le post-partum.

A mesure que notre travail progressait, nous avons été frappée de la fréquence et de la gravité de cette lésion,

si bénigne en apparence; c'est à elle que les femmes du peuple doivent leur gros ventre et leur difformité; elle est cause de nombreux malaises dont l'origine est parfois méconnue et qui prennent, dans bien des cas, les caractères de souffrances intolérables.

Nous avons compris davantage encore l'intérêt de notre étude, quand nous avons vu que le remède était d'application facile, à la portée de toutes.

Malheureusement, nos recherches n'ont porté que sur une catégorie de femmes, celles qui fréquentent les Maternités, et il est à regretter que le temps ait borné ces recherches. Pour que le travail soit complet, il faudrait une vie d'observation et une clientèle variée.

Mais si nos résultats ne s'appliquent pas à toutes les femmes, ils sont vrais pour le plus grand nombre d'entre elles, et pour les plus intéressantes puisque les moins favorisées : pour celles qui travaillent et qui souffrent à la fois.

Le plan de notre ouvrage est des plus simples :

Après quelques considérations anatomiques et physiologiques sur la paroi abdominale, nous définirons l'éventration et nous entreprendrons son étude théorique — pathogénie et étiologie — puis son étude clinique qui nous retiendra plus longuement. Dans ce chapitre clinique, nous exposerons les modifications de la paroi, successivement chez les primipares et chez les multipares, pendant la grossesse et le post-partum immédiat; puis la marche de l'affection et ses conséquences pendant toute la vie de la femme. Nous terminerons par la prophylaxie et par le traitement.

Il nous faut établir, avant de commencer, le sens que nous donnons au mot « *puerpéralité* », qui a été employé différemment par les auteurs.

Pour nous, ce n'est pas « l'état d'une femme qui ayant accouché se trouve das la période qui suit l'enfantement », ainsi que le définit Littré (1); « c'est l'état puerpéral, c'est-à-dire l'ensemble des conditions dans lesquelles se trouve la femme depuis le début de la conception jusqu'au retour de couches » (2).

(1) Littré, *Dictionnaire de la langue française.*

(2) Littré et Gilbert, 1908, *Dictionnaire.*

# *Anatomie et Physiologie*

Pour le développement complet et pour l'unité de notre question, il nous paraît indispensable, tout d'abord, de rappeler rapidement l'anatomie de la paroi abdominale, en insistant tout particulièrement sur les organes au niveau desquels s'effectuent les modifications importantes et qui nous intéressent : les muscles grands droits et la ligne blanche.

Nous ne saurions cependant limiter à leur stricte description ces préliminaires anatomiques, car la paroi abdominale, dans sa région médiane, est en outre renforcée d'aponévroses et d'expansions tendineuses provenant de formations musculaires latérales : les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, dont l'intégrité, moins toutefois que celle des muscles grands droits, est nécessaire pour conserver à la paroi abdominale sa forme et son rôle physiologique.

Pour la facilité de la description, nous séparerons chacune de ces formations, sans oublier que faisceaux charnus et expansions aponévrotiques se superposent et se fusionnent intimement. Grâce à cette disposition, la paroi présente une grande résistance et une unité apparente

de structure; seule une dissection attentive révèle sa complexité réelle.

Allongé de haut en bas, aplati d'avant en arrière, plus large et aussi plus mince à sa partie supérieure, le *muscle grand droit* a la forme d'un long ruban triangulaire dont le sommet tronqué répond au pubis.

Il s'insère, d'une part, aux cartilages des cinquième, sixième et septième côtes; d'autre part, au bord supérieur du pubis dans toute l'étendue qui sépare l'épine de la symphyse.

Les insertions costales se font par trois dentelures ou languettes (1) :

1° Par une large languette à l'extrémité de la cinquième côte et au bord inférieur de la moitié externe de son cartilage;

2° Par une languette plus petite à la face externe du cartilage de la sixième côte;

3° A la face externe et au bord inférieur du cartilage de la septième côte;

4° Par un faisceau charnu toujours très développé, aux bords de l'appendice xyphoïde et au cartilage costo-xyphoïdien.

Des ces insertions, les fibres descendent verticalement, formant un large ventre musculaire qui commence à se rétrécir vers l'ombilic et se termine brusquement à un gros travers de doigt au-dessus du pubis, sur lequel il s'insère par un tendon long de trois centimètres environ.

« A la dissection, le corps musculaire apparaît rouge et de belle apparence chez les sujets vigoureux; pâle, à

(1) Poirier. — *Traité d'anatomie humaine.*

fibres rares et comme dissociées chez ceux qu'envahit l'embonpoint, ou chez les femmes auxquelles les grossesses ont fait subir des distensions abdominales prolongées.

« Le muscle diffère d'aspect à sa partie supérieure et à sa partie inférieure. Large, aplati d'avant en arrière aux environs du rebord thoracique, atteignant d'un bord à l'autre les dimensions moyennes de 7-8 $\frac{1}{2}$ centimètres, il est par contre, en cette région, d'une épaisseur assez faible, ce qui est dû à son étalement en surface. D'ailleurs, au fur et à mesure qu'il se rapproche du pubis, il regagne en épaisseur ce qu'il perd en largeur. Au lieu des fortes dimensions supérieures, on ne trouve plus par en bas que 3-3 $\frac{1}{2}$ centimètres de large au corps musculaire, dans le point même où il va se résoudre en son tendon inférieur pubien.

« Les muscles droits ne sont pas parallèles, chacun affecte respectivement une légère obliquité de dehors en dedans et de haut en bas. Cruveilhier remarque avec beaucoup de raison que cette obliquité légère des muscles droits n'existe que pour leur partie sous-ombilicale. Du fait de leur direction divergente, il existe entre les bords internes des droits un intervalle qui représente assez bien un triangle très effilé, à base supérieure et dont l'aire répond à la ligne blanche » (1).

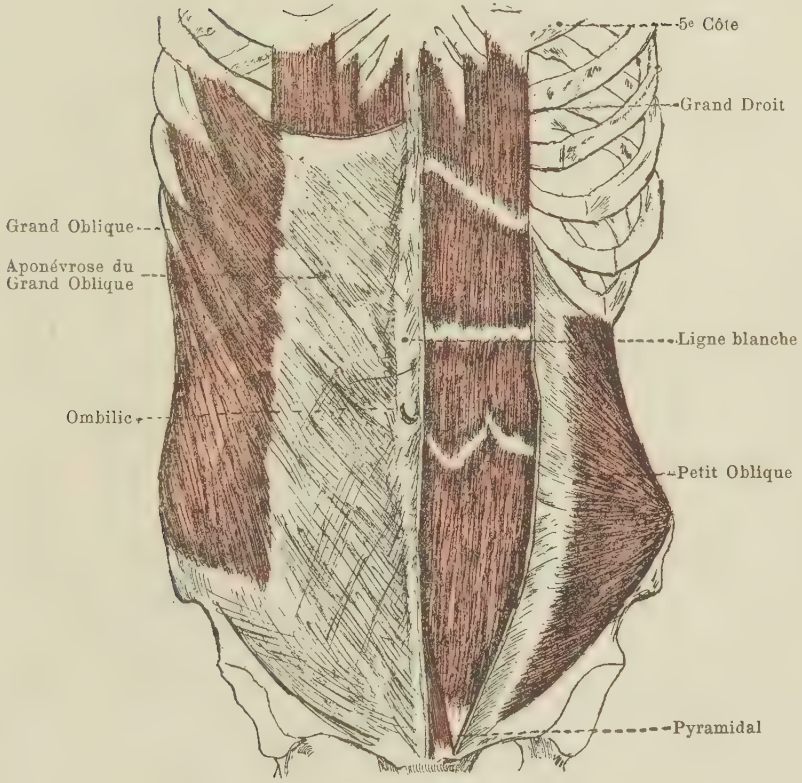
Le droit de l'abdomen présente sur son trajet des intersections tendineuses disposées transversalement ou obliquement, et « dont le seul caractère est l'irrégularité » (2).

---

(1) Dauriac.

(2) Testut. — *Anatomie humaine.*

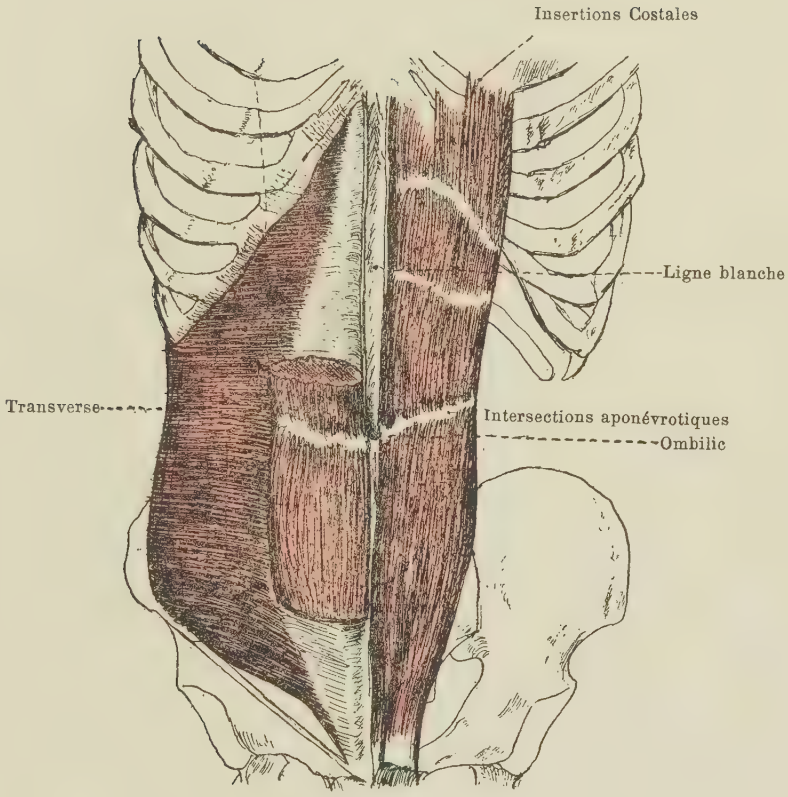
# PLANCHE I




**PAROI ABDOMINALE**

(d'après POIRIER)

# PLANCHE II




**PAROI ABDOMINALE**

(d'après POIRIER)

Chaque muscle droit est contenu dans une gaine de nature fibreuse, et séparé du muscle opposé par un espace également fibreux qui s'étend entre les bords internes des deux gaines et les unit : c'est la ligne blanche sur la constitution de laquelle nous reviendrons ultérieurement.

Aux grands droits s'ajoutent les faisceaux des muscles larges, petit oblique, grand oblique et transverse, dont les fibres, prenant une direction sensiblement perpendiculaire dans leur ensemble à celles des droits, relient les reliefs osseux latéraux et postérieurs : — dernières côtes, vertèbres lombaires, crête iliaque — à la ligne médiane et, partant, aux reliefs symétriques. Le tout forme, avec la colonne vertébrale, un véritable manchon musculo-aponévrotique et osseux.

Les corps charnus des muscles larges cessent à une certaine distance de la ligne médiane, en dehors même de la gaine des droits.

Le plus superficiel des muscles est le *Grand Oblique* qui, s'attachant aux sept ou huit dernières côtes par autant de digitations, se dirige en bas et en dedans et se termine par une large aponévrose nacrée qui passe en avant du muscle droit.

Immédiatement sous lui, se trouve le *Petit Oblique*, né en majeure partie sur le versant externe de la crête iliaque, oblique en haut et en dedans, s'étalant en éventail et finissant par un large tendon aponévrotique. Celui-ci se dédouble au niveau du bord externe du muscle droit : la partie antérieure passe en avant du muscle grand droit et vient doubler l'aponévrose du grand oblique; l'autre feuillet passe en arrière.

Le *Transverse*, le plus profondément situé, s'insère soit directement par des fibres charnues, soit indirectement par une aponévrose résistante, sur la portion cartilagineuse des six dernières côtes, sur la lèvre interne de la crête iliaque et sur les apophyses de toutes les vertèbres lombaires. Dirigées transversalement, ces fibres se jettent sur une aponévrose qui passe en arrière du muscle grand droit, renforce à sa partie postérieure le feuillet profond de dédoublement de l'aponévrose du petit oblique et concourt pour une part à la formation de la gaine du grand droit.

Cette *Gaine des Muscles droits*, appelée « canal des droits » par VELPEAU, est donc constituée dans sa plus grande partie : *en avant*, par l'aponévrose du grand oblique doublée du feuillet antérieur de dédoublement du petit oblique; *en arrière*, par le feuillet postérieur de ce dédoublement renforcé par l'aponévrose du transverse. Cette description cesse d'être exacte dans la partie inférieure de la gaine sur une longueur de 12 centimètres environ. A ce niveau, toutes les formations tendineuses précédentes passent en avant du grand droit : le muscle se trouve seulement séparé du péritoine pariétal par la couche celluleuse du *fascia transversalis*, feuillet postérieur de la gaine du transverse qui n'a pas suivi son tendon.

Dans cette enveloppe fibreuse, le grand droit est libre, sauf au niveau des intersections tendineuses.

Sur le bord interne du muscle, les aponévroses se fusionnent inextricablement pour former la ligne blanche dont la description nous retiendra quelques instants, son importance étant capitale dans l'éventration.

Ligne blanche. — C'est un raphé tendineux étendu sur la ligne médiane du sternum au pubis. « L'adjonction de fibres longitudinales aux fibres suturales transversales lui donne la signification d'un sternum abdominal comme les intersections des muscles droits sont des côtes fibreuses ». (Poirier, *loc. cit.*).

Elle est insérée en haut, à la face antérieure de l'appendice xyphoïde, mais non sur sa pointe; en bas elle s'attache au ligament pubien supérieur qui revêt le bord horizontal de la symphyse.

*Forme et dimension.* — Sa *longueur*, variable comme celle de l'abdomen, oscille entre 30 et 40 centimètres; en moyenne, 33. Son *épaisseur* est de 2 à 3 millimètres. Sa *largeur*, un peu plus grande chez la femme, est très inégale suivant le niveau considéré. Sa ligne blanche est en effet divisée en deux parties : une partie *rubanée* ou *partie large* s'étend du sternum jusqu'à un ou deux travers de doigt (1 à 3 centimètres) au-dessous de l'ombilic, où elle finit assez brusquement; elle s'élargit de haut en bas, mesure 6 à 8 millimètres près de son origine et atteint son maximum, 15 à 25 millimètres, à l'ombilic. La *partie linéaire*, qui a environ 13 centimètres de longueur, est une crête fibreuse, triangulaire sur la coupe, avec une base antérieure qui mesure à peine 3 millimètres; les deux gaines du muscle grand droit prennent contact à son niveau ».

Telle est la description de Charpy. Dauriac reconnaît au contraire à la ligne blanche « la forme d'un triangle très effilé, à base supérieure ». La dissection d'un certain nombre de parois d'une part, et d'autre part les sensa-

tions fournies chez des jeunes filles par le palper du ventre pendant le relâchement ou la contraction des muscles droits, nous ont amenée à nous ranger à l'avis exprimé par Charpy : les droits présentent un écartement très net et un parallélisme presque absolu entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic; ils sont au contraire contigus dans presque toute l'étendue de leur trajet sous-ombilical.

*Constitution.* — Les aponévroses qui naissent des trois muscles larges et se dirigent vers la ligne médiane conservent pour leurs fibres tendineuses la direction originelle de leurs fibres musculaires : celles des obliques se croisent en sautoir et celles des transverses restent horizontales. C'est l'entrecroisement de ces fibres tendineuses avec celles du côté opposé qui constitue la ligne blanche. Il n'y a pas de fibres longitudinales.

Poncet, qui étudia au microscope la partie supérieure, rubanée, a reconnu que les entrecroisements de muscle à muscle ne se font pas seulement sur un plan, mais encore en profondeur. Ainsi, le tendon du grand oblique est divisé en deux nappes, une superficielle qui passe dans la lame opposée, une profonde qui s'enfonce et traverse en diagonale la masse fibreuse pour se fixer au feuillet postérieur de la gaine du droit. Chacun des feuillets antérieur et postérieur du petit oblique est également dédoublé et passe, après décussation, dans le feuillet antérieur et dans le feuillet postérieur de la gaine, paraissant se continuer avec le petit oblique opposé. Seuls les transverses entrecroisent leurs tendons sur un même plan. On a pu résumer d'un mot cette disposition : « l'intrication et les anastomoses sont telles qu'un faisceau quelconque

ne peut se tendre sans agir immédiatement sur tous les muscles du côté opposé ».

La trame fibreuse constituant la ligne blanche est perforée à certains endroits d'orifices losangiques ou elliptiques qui établissent une communication empruntée par les vaisseaux et les nerfs, entre le tissu cellulaire sous-cutané et le tissu cellulo-adipeux prépéritonéal.

*Ombilic.* — Ces orifices sont très petits. Un seul fait exception; il est situé vers le milieu de la ligne blanche : c'est l'*ombilic* ou *nombril*, destiné aux connexions vasculaires entre la mère et l'embryon pendant la vie fœtale. A la naissance, après la chute du cordon, les vaisseaux s'oblitèrent de très bonne heure, et l'orifice abdominal se ferme par cicatrisation. Mais cette cicatrisation n'est pas complète. Il subsiste une ouverture, de forme quadrilatère ou arrondie, recouverte par un bouchon cutané extérieur et limitée à sa périphérie par les portions tendineuses de la ligne blanche. L'anneau ainsi formé a deux centimètres de diamètre en moyenne et constitue un point de moindre résistance.

La *peau* est doublée du tissu cellulaire sous-cutané, formé presque partout de deux feuillets entre lesquels se dispose une couche plus ou moins épaisse de tissu adipeux. Elle est mince, souple et mobile, sauf au niveau de l'ombilic, où elle adhère aux plans profonds.

Telle est, dans sa complexité, la constitution de la paroi abdominale antérieure. Son rôle physiologique est la résultante des actions locales de tous les muscles précédents combinées au jeu des aponévroses. Avant d'étudier cet ensemble, voyons donc quel est le rôle de chaque muscle.

Le *Grand Oblique* peut prendre son point d'appui *en bas*. Dans ce cas, sa contraction bilatérale produira l'abaissement des côtes, si la colonne vertébrale est immobilisée; fléchira le tronc sur le bassin — flexion qui sera accompagnée d'une rotation du côté opposé — si la contraction est unilatérale et le rachis mobile.

Lorsque le grand oblique prend son point d'appui *en haut*, il tend à soulever le bassin et il attire en haut et en dedans la paroi abdominale dont les dimensions se réduisent.

L'action du *Petit Oblique* diffère peu de celle du grand oblique : abaissement des côtes, flexion de la colonne vertébrale et inclinaison du thorax en avant.

Le *Transverse* agit sur les dernières côtes qu'il attire en dedans, mais son rôle principal porte sur les modifications de la paroi.

Quant au *Grand Droit*, il agit différemment suivant les vaisseaux excités. Chez les sujets maigres, en effet, on peut faire entrer en contraction consécutive la moitié supérieure et la moitié inférieure du muscle. La première partie attire l'ombilic en haut, la deuxième en bas; la contraction simultanée déprime la région antérieure de l'abdomen.

Prenant son point fixe sur le bassin, le grand droit abaisse le thorax en fléchissant la colonne vertébrale; il attire le bassin et joue un rôle actif dans *la marche* et *le saut* s'il prend son point d'appui sur les dernières côtes.

Tels sont, brièvement résumés, les résultats que l'on obtient en concluant au rôle de chaque muscle d'après ses insertions, la direction de ses fibres, et aussi d'après les expériences de faradisation vulgarisées par Duchenne de Boulogne.

Chacun des muscles assure à la paroi : élasticité, contractilité, résistance. Les aponévroses et la ligne blanche, au contraire, jouent à ce point de vue un rôle minime, leur réaction étant lente et presque nulle. Mais elles constituent un organe de liaison qui solidarise les actions musculaires.

Ainsi la paroi tout entière devient une véritable sangle contractile dont le point fixe est en arrière, et qui tend à revenir sur elle-même, diminuant ainsi la cavité abdominale dans le sens transversal et dans le sens antéro-postérieur.

Directement en rapport avec les organes abdominaux, elle maintient leur position normale respective dans le bas-ventre et les préserve dans les mouvements violents du corps et dans les efforts de résistance.

Elle a une part active dans le phénomène de l'effort, dans toutes ses manifestations, surtout dans : 1° *l'effort général* ou *thoraco-abdominal* de Verneuil, qui ferme les quatre sphincters livrant passage aux aliments, aux matières fécales, à l'urine et à l'air, et 2° *l'effort abdominal* ou *expulsif*, qui rétrécit la cavité abdominale, ferme une partie des sphincters, ouvre les autres, et favorise le passage de l'air, des matières vomies, des fèces et de l'enfant pendant l'accouchement.

Chez la femme, la paroi abdominale joue un rôle plus considérable encore que chez l'homme. Outre les heureux effets que nous venons d'énumérer, elle s'oppose à l'entéroptose, si fréquente dans le sexe féminin, et son action est primordiale pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

*Pendant la grossesse*, elle double pour ainsi dire la paroi utérine. Ses contractions fréquentes et son élasticité influent sur l'engagement de la tête fœtale et sur la présentation du fœtus, comme l'a si bien mis en lumière M. le professeur PINARD.

*Au moment de l'accouchement*, la contraction abdominale favorise l'expulsion du fœtus.

On comprend par conséquent quel retentissement peut avoir toute lésion de la paroi abdominale sur les fonctions d'ordre général et plus spécialement sur la grossesse et sur l'accouchement. Nous nous étendrons un peu plus longuement sur ce rôle physiologique de la paroi abdominale chez la femme en parlant des conséquences de l'éventration.

De cette brève esquisse, nous retiendrons plusieurs points qui nous semblent très importants pour l'étude des éventrations :

1° La constitution de la ligne blanche, formée par les tendons des muscles larges de l'abdomen; le peu d'élasticité des aponévroses en général et de la ligne blanche en particulier, leur passivité et leur lenteur de réaction;

2° La présence au milieu de la ligne blanche d'un point faible constitué par l'ombilic;

3° Le rôle important et actif joué par les muscles, et spécialement par les grands droits, dans la résistance de la paroi;

4° L'impossibilité pour ces muscles grands droits de sortir de leurs gaines, constituées par des aponévroses très fortes, et de glisser sans distendre la ligne blanche.

# Historique et Définition

C'est J.-L. Petit (1) qui, semble-t-il, prononça pour la première fois le mot « *éventration* », en 1743. Cette affection n'était certes pas ignorée avant lui, mais les auteurs précédents la décrivaient dans le cadre général des hernies ventrales.

Hippocrate (2) en signale la fréquence plus grande chez les multipares; après lui, Galien (3), Celse (4), Avicenne (5), citent à leur tour cette lésion.

La question des hernies ventrales est reprise au XVII[e] siècle. Dionis (6), de Garangeot (7) et Ledran (8), précisent leurs caractères et leur diversité de siège.

J.-L. Petit (*loc. cit.*) oppose aux hernies ventrales de petit volume les hernies ventrales volumineuses, qu'il

(1) J. L. Petit. — *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.*

(2) Hippocrate. — *De morbis vulgaribus.*

(3) Galien. — Admin. Anat. Lib. V. Cap. VI.

(4) Celse. — *De Interiore Abdominis membrana rupta.*

(5) Avicenne. — T. I., p. 962.

(6) Dionis. — Cours d'opérat. de chirurgie, 1738.

(7) De Garangeot. — *Mémoire de l'Acad. Royale de Chir.* T. I., p. 518.

(8) Ledran. — *Traité des opérat. de chirurgie*, 1742. p. 143.

appelle « éventrations ». Il signale l'influence des grossesses répétées sur leur pathogénie : « Le relâchement et les écartements de la ligne blanche sont quelquefois si grands, dit-il, surtout dans les femmes, que toute la partie antérieure du ventre, depuis le cartilage xyphoïde jusqu'à l'os pubis, est dilatée et permet la sortie de presque tous les intestins, de l'épiploon, de l'estomac, du mésentère, et même de la matrice avec le fœtus. »

Il ébauche même une classification, divisant les éventrations en sus-ombilicales et en sous-ombilicales, les premières contenant l'estomac, les secondes l'intestin grêle et le mésentère.

En 1768, PORTAL (1) reconnaît des éventrations traumatiques et des éventrations spontanées.

RICHTER (2), en 1784, explique la formation de certaines de ces affections par l'écartement des fibres musculaires sous l'influence d'une distension telle que la grossesse.

DESAUT et CHOPART (3), en 1793, citent des cas de grandes multipares chez lesquelles la paroi, très relâchée, tombait jusqu'au milieu des cuisses.

A. COOPER, SABATIER, LAWRENCE étudient, par la suite, cette question sans y apporter de nouveaux aperçus.

CRUVEILHIER (4) précise que dans les hernies ventrales, il y a passage de l'intestin ou de l'épiploon au travers

---

(1) PORTAL. — *Précis de Chirurg. pratique*. T. II., p. 659 — 1778.

(2) RICHTER. — *Traité des hernies*, 1784. Traduct. par Rougemont, 1788.

(3) DESAUT et CHOPART. — *Traité des mal. chirurg. de la poitr. et du bas-ventre*. T. II., an IV de la République.

(4) CRUVEILHIER. — *Anat. pathol. générale*. T. I.

d'un anneau, tandis que cet anneau fait complètement défaut dans les éventrations. Il définit celles-ci : « les déplacements qui résultent du relâchement ou de la dilatation avec amincissement des parois abdominales ».

Reignier (1878), et d'Ollivier (1879), résument, dans leurs thèses, les connaissances et les idées de l'époque. La confusion existe toujours entre hernies ventrales et éventrations, et le traitement n'est qu'effleuré.

Gerdy (1836), Maas (1884) et Goullioud (1886), donnent, à propos du traitement, des indications sur lesquelles nous reviendrons au sujet de la cure radicale.

Actuellement, le mot *éventration* possède une signification bien précise. Avec Tarnier, le sens encore très vague qu'évoquait la définition de Cruveilhier prend plus de netteté (1). « Si les fibres aponévrotiques de l'abdomen ont été forcées par la distension trop grande des parois abdominales pendant la grossesse, on peut très facilement, après l'accouchement, refouler la ligne blanche avec la main et sentir le bord interne des muscles droits. Dans les mêmes conditions, si la femme fait un effort, les viscères abdominaux repoussent violemment la ligne blanche en avant et celle-ci fait une saillie très accusée ».

C'est une définition exacte, répondant au sens que l'on attache actuellement au mot *éventration*, avec cette restriction qu'elle ne s'applique pas à deux classes d'éventration : les éventrations spontanées pures et les éventrations post-opératoires. Ces dernières augmentent de fréquence avec le nombre chaque jour croissant des interventions chirurgicales.

---

(1) Tarnier. — *Traité de l'art des accouchements.*

Aussi nous n'adopterons pas complètement la définition de Tarnier, et nous préférerons dire, avec Doléris (1), que « *l'éventration est une distension anormale de l'abdomen qui ne s'explique, ni par l'hyperplasie adipeuse ou musculaire des parois du ventre, ni par l'existence d'une tumeur intra-abdominale, permanente, comme un kyste ovarique, un fibrôme utérin, ou passagère, comme l'ascite, le tympanisme.* »

. . . . . .

« *L'étalement de la ligne blanche et des autres espaces fibreux constitue la lésion dominante* ».

Mais, comme le fait remarquer Quénu (2), l'éventration en rapport avec la grossesse, la seule qui nous occupera, « ne s'accompagne d'aucune solution de continuité de la ligne blanche. L'espace fibreux qui sépare les bords internes des muscles droits de l'abdomen est simplement élargi et distendu ».

(1) Doléris. — *Gynécologie*, 1897.
(2) Quénu. — *Bulletin de la Société chirurgicale de Paris*, 1906.

# Etude théorique de l'Eventration

## 1° Pathogénie

Sous quelles influences et par quel mécanisme se produit cet élargissement de la ligne blanche et cet écartement des muscles droits qui constituent la lésion; en un mot, quel est le mode de formation, quelle est la pathogénie de l'éventration ?

Chacun sait que le développement d'une tumeur aussi volumineuse que l'œuf complet, contraint la cavité abdominale à subir des modifications dans sa capacité et, par suite, dans ses dimensions, et que, l'abdomen étant limité à sa partie postérieure par des reliefs rigides, ces transformations portent presque exclusivement sur la paroi abdominale antéro-latérale et consistent en une surdistension de toutes les parties constitutives. Au point de vue anatomique, il y a élongation de tous les plans : fascia transversalis, muscles, aponévroses, tissu cellulaire sous-cutané et peau, et cette distension générale se traduit cliniquement :

1° Par l'augmentation des diamètres du ventre, principalement de la distance pubo-xyphoïdienne, qui passe de 31 centimètres en moyenne à 40, et atteint, dans certains cas, 47 ou 48 centimètres;

2° Par l'apparition de vergetures qui décèlent à la surface cutanée les éraillures profondes du derme.

Ces phénomènes se produisent *seuls* du côté des muscles larges; mais d'autres, plus accentués, se localisent à la ligne blanche et aux muscles grands droits, parce qu'à ce niveau *l'effort est beaucoup plus considérable et la résistance moins proportionnée à l'effort.*

En effet, dans tous les cas, l'utérus gravide vient se mettre en rapport avec la ligne blanche et la gaine des muscles droits par une quelconque de ses parties : s'il est antéversé, c'est le fond qui se trouvera à leur contact; s'il présente une inclinaison latérale avec torsion, à droite par exemple — cas le plus fréquent — ce sera le côté gauche. L'utérus gravide exerce donc une pression *normalement* appliquée au niveau de la région médiane, où elle atteint par conséquent son maximum, *obliquement* au niveau de la partie latérale où elle se fait relativement peu sentir, car, conformément aux lois mécaniques, elle se décompose, en raison de son obliquité, en deux forces dont l'une reste inefficace. *Voilà l'effort, lent et permanent, chaque jour croissant.*

Latéralement, la résistance est constituée par trois plans musculaires étagés, par trois corps charnus à faible distance de leurs insertions, à fibres orientées dans trois directions différentes et sans la moindre interposition aponévrotique. De la superposition des fibres, de leur entrecroisement, de l'absence de tissu fibreux, résulte pour cette région une résistance qui s'oppose aisément à la force de pression, à la pesanteur utérine, qui semble pour ainsi dire glisser sur elle pour venir s'exercer pleinement au niveau de la région médiane.

Là, un seul plan musculaire, mais dont l'épaisseur est plus considérable que celle de chaque muscle large, des insertions éloignées, une seule direction de fibres et deux sortes de tissus. De ces deux tissus, l'un seul est contractile, très élastique, c'est le muscle grand droit; l'autre est passif, extensible et très peu élastique, c'est la ligne blanche.

Nous avons vu plus haut quels étaient les caractères des aponévroses; nous avons dit qu'elles subissaient et ne réagissaient pas, ou très faiblement. La pression continue qu'exerce normalement sur la ligne blanche l'utérus gravide finit toujours par avoir raison de sa texture. Elle s'amincit, elle s'étale et son étalement est en principe illimité; car, par elle-même, la ligne blanche n'oppose pas d'obstacle absolu à la force de distension : nous avons trouvé chez des primipares, 23-24 centimètres de largeur à la hauteur de l'ombilic, où on en mesurait à peine 2 chez la jeune fille. La largeur a été décuplée; l'éventration est déjà constituée.

Le seul obstacle à l'étalement de la ligne blanche ne réside pas en elle-même, mais dans les muscles droits. Ceux-ci constituent la résistance active, qui lutte pour contenir la pression venant de l'abdomen. Leur tonicité et leur contractilité leur permettent le plus souvent de garder une position voisine de celle qu'ils possédaient avant la grossesse. Nous avons trouvé chez des primipares, deux jours avant l'accouchement, 3-4 centimètres comme maximum d'écartement.

Limitée par les muscles qui supportent en majeure partie l'organe utérin, la ligne blanche ne s'étale que très peu, l'éventration ne se produira pas; mais si, pour une

raison quelconque, le muscle grand droit est débilité, si la puissance de résistance est annihilée ou seulement amoindrie, la distance aponévrotique s'exagère et les droits s'écartent. La surface fibreuse aponévrotique en contact avec l'utérus augmente; la pression qu'elle doit supporter croît par cela même, et l'étalement s'accentue encore, jusqu'au jour où l'équilibre s'établit à peu près entre la pression de l'organe et la résistance des muscles.

Ainsi, SI LA LÉSION APPARENTE EXISTE DU COTÉ DE LA LIGNE BLANCHE, CE SONT LES MUSCLES DROITS, LE SYSTÈME MUSCULAIRE DE LA PAROI ABDOMINALE DANS SON ENSEMBLE QU'AFFECTE LA LÉSION RÉELLE. Il y a *faillite du tissu musculaire*. Et quoique les muscles droits aient de beaucoup la part la plus grande dans cette action, pour être bien moindre, celle des muscles larges n'est pas insignifiante, car la ligne blanche est formée de leurs tendons antérieurs, et leur contraction augmente sa résistance. Ils ont donc un rôle adjuvant de celui des droits, quoique dans une très faible mesure.

Pour assurer ce rôle de soutien, les muscles abdominaux ont subi des phénomènes d'hypernutrition, comparables à ceux des organes génitaux et des seins. La fonction les a hypertrophiés, les fibres existantes ont augmenté de volume; de nouvelles fibres sont venues les renforcer. Comme dans l'utérus et dans les seins, l'activité circulatoire se manifeste à un haut degré. La grossesse a une répercussion considérable sur la musculature de la paroi : elle exerce sur la paroi abdominale, comme nous venons de le voir, une action mécanique et une action trophique. Mais, malgré ces transformations en rapport avec les fonctions nouvelles, la distension exagérée de la ligne blanche se produit parfois.

Après l'expulsion du fœtus, un processus d'involution s'établira du côté des muscles, en même temps que, du côté de la ligne blanche, un travail de réparation tendra à diminuer son étalement. Ce travail de réparation n'aboutit que si l'étalement a été restreint, et que si des conditions spéciales de repos et d'hygiène sont réalisées. S'il a été considérable, l'éventration persistera. Si la distension a été moyenne, la *restitutio ad integrum* se fait toujours incomplètement. Comme nous le montrerons dans bien des cas, la ligne blanche ne recouvre ni sa forme, ni ses dimensions; elle reste élargie après une première grossesse; il subsiste une distension qui ne mérite sans doute pas le nom d'éventration, mais qui prédispose la femme, au cours de grossesses ultérieures, à la lésion dans toute son étendue.

## 2° Etiologie

Nous venons de montrer que deux FORCES ANTAGONISTES intervenaient dans le mécanisme de l'éventration : LA FORCE DE PRESSION, développée par l'utérus gravide au niveau de son point d'appui sur la région abdominale, et LA FORCE DE RÉSISTANCE, représentée par les muscles de paroi et principalement par les grands droits. Du conflit de ces deux forces, comme nous l'avons vu, résulte l'éventration si l'équilibre vient à être rompu en faveur de la pression. *Toutes les causes susceptibles de modifier l'intensité de ces forces, en augmentant la première ou en diminuant la seconde; capables d'accroître la pression de l'utérus ou d'affaiblir les muscles droits, interviendront*

*dans l'étiologie de l'éventration.* Elles seront *déterminantes*; elles seules pourront créer la lésion.

A côté d'elles, nous rangerons les causes accessoires en quelque sorte, qui sont seulement *adjuvantes* en s'opposant au travail de réparation qui suit la grossesse.

### I. — Causes déterminantes

#### A. — Causes de nature a accroitre la pression de l'utérus sur la paroi.

a) *Les gros enfants*, *les grossesses gémellaires*, *l'hydramnios* augmentent le volume et le poids de l'utérus.

b) *Les tumeurs*, fibromes, kystes de l'ovaire, qui se développent parfois pendant la gestation; *l'ascite*, concourent au même résultat.

c) *La petite taille de la femme* intervient pour une grande part; le volume de l'enfant n'étant pas proportionné à la hauteur de la mère, provoque une distension de la paroi plus considérable chez les petites femmes, qui ont toutes, ce fait est d'observation banale, un très gros ventre pendant la grossesse.

d) Pour ces mêmes raisons, *le faible développement du tronc et les déformations vertébrales* sont des facteurs d'une grande importance. Comme le dit Mattei (1) : « La femme fluette, dont le squelette n'a pas, dans le sens transversal, les proportions qu'il a dans le sens vertical, aura un ventre plus saillant que celles qui se trouvent dans les conditions contraires. A plus forte raison, le ventre sera plus saillant chez les femmes dont le squelette

(1) Mattei. — *Essai sur l'accouchement physiologique*, 1855.

sera à la fois court et étroit ». D'après cet auteur, il faut tenir compte également du développement de la base de poitrine. L'étroitesse à ce niveau contribuerait beaucoup à la saillie du ventre, en rapprochant de la ligne blanche médiane les organes qu'il contient.

E) *Les viciations pelviennes* jouent un rôle à peu près analogue. Chez les femmes qui ont un bassin normal, la tête fœtale s'engage dans les derniers temps de la grossesse et la saillie abdominale est diminuée par ce fait que la cavité abdominale ne loge plus qu'une partie du fœtus. A ce moment, les femmes disent « que leur ventre tombe ». Au contraire, dans le cas de rétrécissement du bassin ou d'une viciation pelvienne quelconque, la partie fœtale qui devrait s'engager reste au-dessus du détroit supérieur et la tumeur que forme l'utérus gravide dans la cavité abdominale est plus volumineuse qu'elle ne devrait l'être normalement.

F) Enfin, *le corset* ordinaire rétrécit la base du thorax par la compression qu'il exerce au niveau des fausses côtes; les viscères abdominaux sont repoussés vers la partie inférieure du ventre; la cavité abdominale se trouve donc diminuée de volume, la pression que supporte la paroi augmente beaucoup.

Tout autre moyen de striction, les cordons de jupe trop serrés, par exemple, aboutissent au même résultat.

B. — Causes de nature a affaiblir les muscles droits.

Elles sont de deux sortes :

1° Celles qui affaiblissent le tissu musculaire en général;

2° Celles qui affaiblissent seulement les muscles abdominaux; qui ont une action locale.

Dans le premier groupe, nous rangerons au premier rang :

*a*) *L'état constitutionnel, la valeur des tissus*, différents pour chaque femme et en rapport avec des conditions extrêmement nombreuses et variées : *constitution de la femme*, hérédité, santé générale; — la faiblesse de la ligne blanche s'accuse parfois dès le jeune âge par la présence des hernies ventrales; des véritables éventrations purement spontanées ont été signalées; — *genre de vie*, éducation physique, alimentation, pratiques d'hygiène et surtout profession.

*b*) Deux états généraux, *l'obésité*, *la cachexie*, si opposés en apparence, aboutissent au même résultat : affaiblissement et disparition progressive du tissu musculaire, affaiblissement du tissu aponévrotique.

*L'obésité* agit sur les muscles par la dégénérescence granulo-graisseuse qui atteint les fibres et les raréfie, et par l'infiltration du tissu adipeux entre ces fibres qui, détruisant l'unité, l'homogénéité du tissu, l'appauvrit en éléments essentiels et diminue notablement ses propriétés physiologiques.

*La cachexie* agit par l'amaigrissement considérable qu'elle produit.

Parmi les causes qui affaiblissent seulement les muscles droits, nous citerons :

Les *troubles trophiques*, produits par la compression de l'utérus gravide ou de tout autre tumeur, par la striction due au corset, qui, employé dans bien des cas pour dissi-

muler la grossesse, aboutit à un effet opposé, en favorisant l'éventration.

Cette compression s'exerce sur les vaisseaux et les nerfs et amène bientôt une dénutrition caractérisée par l'affaiblissement musculaire et aponévrotique.

### II. — Causes adjuvantes

Ces causes que nous venons d'énumérer sont *seules* capables de créer la distension de la ligne blanche; s'il n'existe pas d'éventration à la fin de la grossesse, les causes adjuvantes ne la produiront pas.

*Pendant le post-partum*, le travail de réparation diminue considérablement, comme nous le montrerons, l'étalement de la ligne blanche et le fait parfois disparaître. Qu'un obstacle à cette réparation se produise, l'étalement persiste en partie, mais ne s'accroît pas. Il ne se crée pas de modifications nouvelles, c'est l'état de choses antérieur qui subsiste. Mais dans certains cas, sans cet obstacle à la réparation, l'éventration serait moins volumineuse, parfois même n'existerait pas après l'accouchement.

Voilà pourquoi de nombreux auteurs ont attribué la plus grande part dans l'étiologie des éventrations aux causes qui existent pendant le post-partum et les ont faites efficientes. Cette façon de voir nous paraît inexacte, puisqu'en aucun cas l'éventration n'existera, quels que soient les troubles dans les suites de couches, si elle n'est pas déjà établie à la fin de la gestation. Aussi nous ne laissons à ces causes que la seconde place, quoiqu'elles soient encore très importantes.

Le *lever précoce* a une certaine influence. — Dès que l'accouchement est effectué, la paroi abdominale s'affaisse, reste relâchée; l'utérus se trouve brusquement réduit de volume. « La paroi abdominale ne pouvant suivre que très lentement et incomplètement l'utérus dans son mouvement de retrait, se trouve par là même beaucoup trop ample. Cet excès d'ampleur porte surtout sur la région fibro-aponévrotique antérieure ». Grâce à leur contractilité et à leur tonus exagéré, les muscles droits, qui n'ont plus à lutter contre l'utérus gravide, réussiront à se rapprocher et occupent approximativement la position qu'ils avaient avant la grossesse; ils sont voisins de la ligne médiane dans le décubitus horizontal. La ligne blanche vient occuper l'espace libre qu'ils laissent entre eux et comme elle a subi, dans la majorité des cas, une distension, elle se conduit comme un tissu flottant, d'autant plus flottant que la distension a été plus considérable. Le doigt s'enfonce plus ou moins dans le ventre, sur l'aponévrose qui se déprime devant lui.

Si la femme se lève *prématurément*, les anses intestinales joueront, de l'intérieur vers l'extérieur, le rôle opposé à celui des doigts; la ligne blanche, déprimée de dedans en dehors, fera saillie sous la peau ; sous l'influence de la pression, le travail de réparation sera entravé, les droits céderont, s'écarteront peu à peu; l'éventration subsistera.

La *reprise des travaux fatigants* pourra amener un trouble de l'involution musculaire connu sous le nom de *subinvolution* : les muscles ne reviennent pas à l'état normal; ils gardent le volume que la grossesse leur avait fait prendre; ils restent hypertrophiés. D'après certains

auteurs, l'allaitement entretient parfois cet état de muscles. Un phénomène contraire à la subinvolution peut se produire parfois. Il favorise l'éventration en empêchant la *restitutio ad integrum*. Nous voulons parler de la *supérinvolution*, caractérisée par une involution très rapide, par une accélération de la résorption des éléments surajoutés pendant la grossesse. Dans certains cas exceptionnels, les tissus musculaires subissent une dégénérescence granulo-graisseuse qui amincit la paroi, la rend flasque et incapable de contenir complètement les viscères abdominaux. Ici encore, la réparation ne se fait pas ou reste incomplète.

L'énumération des facteurs de l'éventration serait incomplète si nous omettions la MULTIPARITÉ, *qui impose une nouvelle distension à la paroi, souvent à peu d'intervalle de celle qu'elle vient de subir et avant que la femme ne soit complètement rétablie.*

Mais faut-il lui laisser le rôle prépondérant qui lui est parfois attribué. Il nous semble que les grandes multipares ne soient pas toujours aussi exposées à l'éventration qu'on le croit généralement, *par le fait seul de leur multiparité*. Certes, la *répétition des grossesses influe sur l'éventration, mais, à notre avis, elle ne saurait être considérée comme une véritable cause.*

Elle accentuera la lésion qu'aura produite la première grossesse. L'éventration pourra naître au cours d'une des nombreuses gestations pour une des raisons que nous avons indiquées plus haut et surtout si les grossesses se répètent à peu d'intervalles, s'il intervient une maladie débilitant la femme et créant un affaiblissement musculaire; mais à elle seule la multiparité n'amènera pas

l'éventration, témoin cette observation, rapportée par Dennecé, d'une chiffonnière entrée « à Bichat pour grippe, et qui bien qu'ayant eu 24 grossesses, toutes à terme et enfants vivants, avait le ventre généralement distendu, mais peu, et sans traces d'éventration. »

C'est que, et ce sera la conclusion, *l'éventration résulte d'un rapport, d'une relation*, comme nous l'avons exprimé plus haut, et que, par conséquent, *elle n'a rien d'absolu* : Telle femme, primipare, aura une éventration bien constituée; telle autre, après vingt-quatre grossesses, n'en présentera pas. Telle femme, maigre et débile, conservera de ses accouchements une paroi normale; tandis qu'une autre, d'apparence robuste, plutôt grosse, restera infirme. Aucune règle n'est absolue, *une seule prédisposition reste bien élucidée : c'est la faiblesse musculaire au niveau des droits*. Voilà la cause la plus fréquente; *la distension de la ligne blanche n'en est que la conséquence.*

# Étude clinique de l'Éventration

Citée par tous les accoucheurs, l'éventration n'a fait jusqu'ici l'objet d'aucune étude complète. Les auteurs ont étudié davantage son étiologie et ses conséquences que la lésion elle-même dans sa forme et dans ses dimensions.

Cazeaux s'exprime ainsi :

« Assez souvent, après l'accouchement, il reste sur la ligne médiane et par suite de l'écartement si considérable des fibres aponévrotiques, une tumeur oblongue, une espèce d'éventration surtout marquée pendant les efforts. A chaque nouvelle grossesse, cette éventration devient de plus en plus considérable et finit parfois par constituer une véritable infirmité qui oblige la femme à porter un bandage ».

Il ajoute, à propos des modifications subies par la paroi abdominale (1) :

« Les muscles et les aponévroses des parois de l'abdomen s'amincissent; les muscles droits sont éloignés l'un de l'autre et l'espace aponévrotique qui les sépare présente alors, au lieu d'une bandelette assez étroite, une surface qui, au niveau de l'ombilic, a au moins 11 centimètres de largeur ».

(1) Cazeaux. — 10e édition, p. 129.

Charpentier dit :

« La distension de la couche musculo-aponévrotique porte surtout sur la ligne blanche. Elle peut acquérir une étendue de 10 à 11 centimètres, et les muscles droits écartés l'un de l'autre laissent aussi entre eux un espace considérable ».

Tarnier et Chantreuil la signalent :

« Les muscles et les aponévroses des parois abdominales, repoussés en dehors par l'utérus gravide, s'allongent et s'amincissent. La distension de ces tissus porte surtout sur la ligne blanche. En effet, les muscles droits s'éloignent l'un de l'autre et l'intervalle qui les sépare, au lieu d'être réduit à une bandelette de 2 à 3 centimètres, occupe une surface qui, au niveau de l'ombilic, a au moins 11 centimètres de largeur et très peu d'épaisseur. »

Fosse (1), en parlant des muscles droits, constate :

« Ils n'occupent plus leur place normale, et leur écartement peut atteindre 10, 12 et même 15 centimètres ».

Querneau (2) en fait une étude plus soignée. Nous lui empruntons ces passages :

« En s'amincissant, la ligne blanche subit un élargissement considérable, en rapport avec le volume de l'utérus d'une part, avec la brièveté de ses dimensions à elle-même d'autre part. « Normalement, d'après Glénard, le losan-
« ge dessiné alors par la ligne blanche a son angle infé-
« rieur à 7 centimètres au-dessus du pubis. Si, pendant la
« grossesse, cette ligne cède jusqu'à la symphyse, les mus-

(1) Fosse. — Thèse de Montpellier, 1898.
(2) Querneau. — Thèse de Paris, 1897.

« cles pourront glisser en arrière de l'utérus qui basculera « en avant. »

Plus loin :

« Si l'on examine une femme éventrée lorsqu'elle est couchée, il arrive fréquemment que rien ne paraisse; la paroi antérieure de l'abdomen semble peut-être un peu lâche, légèrement plissée; mais si l'on fait asseoir la malade, au moment où se produit l'effort, les viscères, refoulés par le diaphragme et pressés de toutes parts par les muscles abdominaux, tendent à sortir entre les muscles droits, eux-mêmes contractés. Il se forme alors une tumeur oblongue verticale et médiane commençant au niveau de l'appendice xyphoïde et s'arrêtant le plus fréquemment 3 à 5 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

« La main introduite dans l'abdomen, au niveau de la tumeur, est serrée et sent facilement le bord interne rigide des muscles droits lorsqu'on commande à la malade de s'asseoir sur son lit ou de faire un effort. Dans la position verticale, la tumeur est toujours visible, surtout si la femme penche le corps en arrière ou fait un effort pour soulever de terre un objet. Les secousses de la toux ou du rire, la femme étant couchée, produisent la sortie et la rentrée alternatives de l'intestin à travers les deux muscles ».

Nous avons examiné un certain nombre de femmes à la Maternité de Nancy. Nos conclusions ne concordent pas toujours avec celles qui précèdent. Nous allons exposer méthodiquement les résultats de nos recherches pendant la grossesse et les suites de couches. Nous étudierons suc-

cessivement les primipares et les multipares, puis nous terminerons par quelques observations d'éventrations constituées définitivement et prises dans le service de M. le professeur Weiss, à l'Hôpital civil.

Nos mensurations ont porté exclusivement *sur la paroi et dans le décubitus dorsal* : nous avons mesuré sur chaque femme enceinte la distance xyphoïdo-pubienne; puis la hauteur ombilicale prise à partir de la symphyse; la hauteur, toujours par rapport au pubis, à laquelle les droits commencent à s'écarter l'un de l'autre, et celle à laquelle ils se rapprochent pour venir occuper sur la ligne médiane leur position normale sus-ombilicale où 1 à 1 ½ centimètres séparent leurs bords internes. Sous le terme « degré d'écartement », nous désignons la distance maxima qui existe entre les bords internes des muscles; ce maximum se trouve presque toujours au niveau de l'ombilic. Nous avons apprécié cette largeur de la ligne blanche en plaçant un ou plusieurs doigts sur la ligne médiane, successivement au-dessus, au niveau et au-dessous de l'ombilic et en commandant plusieurs fois à la malade de s'asseoir. Les muscles se contractent, leurs bords internes deviennent saillants, rigides et facilement accessibles. Ce procédé permet en même temps d'évaluer la valeur de la sangle, sa résistance et son utilité.

On peut objecter que les dimensions obtenues par ce procédé ne sont pas rigoureusement exactes. Cela est vrai; mais la différence est peu sensible, et comme elle existe pour toutes nos mensurations, les conclusions n'en sont pas modifiées.

Nous avons enfin examiné le rapport qui existe entre le degré d'écartement et l'engagement de la tête.

# Eventrations pendant la Grossesse et le Post-Partum

## I. — PRIMIPARES

Un rapide coup d'œil sur les degrés d'écartement du tableau permet aussitôt de répartir les primipares en deux classes. Pour la grande majorité, la distension de la ligne blanche est minime, variant entre 3 et 8 centimètres; dans ces limites, elle existe pour chaque femme, elle est normale. L'éventration est légère, *physiologique*.

Contrastant par leur petit nombre et par la dimension considérable de l'écartement, qui atteint jusqu'à 23-24 centimètres, les éventrations de la seconde classe sont accusées, anormales. Elles méritent le terme de *pathologiques*, par les troubles qui sont leur conséquence.

### A. — Eventrations physiologiques

L'éventration physiologique apparaît quelquefois dès le cinquième mois. Elle suit alors une progression jusqu'au moment de l'accouchement. Voici les moyennes que nous avons obtenues :

## PRIMIPARES. — Tableau I.

| NUMÉROS | NOMS et PARITÉ | Age de la Femme | AGE de la grossesse | État de la Paroi | Longueur xyphoïdo-pubienne | Hauteur ombilicale | Hauteur utérine | ÉCARTEMENT | | | | FORME DU VENTRE | | PRÉSENTATION | Degré d'engagement | ACCOUCHEMENT | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Commencement | Fin | Maximum de degré | Longueur | Couchée | Debout | | | Durée du travail | Durée de l'expulsion | Poids de l'enfant |
| 1 | L..., I | 19 | 5 1/2 | TB | 35 | 17 | 19 | 8 | 22 | 3 1/2 | 14 | régulièrement développé | bien souten. | | | | | |
| 2 | G..., | 21 | 5 | B | 36 | 17 | 17 | 9 | 23 | 3 | 14 | » | » | | | | | |
| 3 | V..., | 23 | 5 | TB | 36 | 18 | 20 | 11 | 22 | 3 | 11 | » | » | | | | | |
| 4 | S..., | 22 | 5 1/2 | TB | 38 | 17 | 22 | 11 | 22 | 3 | 11 | » | » | | | | | |
| 5 | M..., | 22 | 6 | B | 36 | 18 | 24 | 10 | 27 | 3 1/2 | 17 | » | » | | | | | |
| 6 | A..., | 25 | 6 1/2 | TB | 38 | 19 | 25 | 10 | 24 | 4 | 14 | » | » | | Tête mobile au-dessus du D. S. | | | |
| 7 | F..., | 30 | 6 1/2 | B | 37 | 17 | 26 | 11 | 27 | 4 | 13 | » | » | | | | | |
| 8 | A..., prématuré | 17 | 7 | TB | 35 | 16 | 28 | 8 | 30 | 5 | 22 | » | » | OIGA | Tête engagée | 10 h. | 45' | 1.700 |
| 9 | C..., | 24 | 7 1/2 | AB | 37 | 18 | 26 | 8 | 29 | 4 1/2 | 21 | » | » | » | Tête s'amorce | | | |
| 10 | R..., | 20 | 7 1/4 | TB | 38 | 19 | 27 | 10 | 27 | 4 | 17 | » | » | » | Tête amorcée | | | |
| 11 | H..., | 17 | 7 1/2 | B | 39 | 18 | 28 | 10 | 29 | 4 | 19 | » | » | » | » | 10 h. | 45' | 3.100 |
| 12 | F..., | 18 | 7 1/2 | B | 38 | 18 | 26 | 9 | 26 | 4 1/2 | 17 | » | » | » | » | 13 h. | 35' | 3.200 |
| 13 | K..., forceps | 23 | 8 3/4 | M | 45 | 21 | 34 | 2 1/2 | 37 | 24 | 34 1/2 | Ventre étalé | Ventre en besace bien soutenu | » | Tête s'amorce | 18 h. | 3 h. forceps | 3.750 |
| 14 | R..., | 25 | 8 1/4 | TB | 39 | 19 | 28 | 10 | 26 | 4 1/2 | 16 | V. régulièr. développé | | OIDP | » | 11 h. | 1 h. | 3.100 |
| 15 | V.. , | 21 | 8 1/4 | B | 36 | 19 | 31 | 9 1/2 | 33 | 5 | 23 1/2 | V. globuleux | » | OIG | » | | | |
| 16 | V..., | 21 | 8 3/4 | B | 37 | 19 | 32 | 9 | 35 | 6 | 26 | » | » | OIG | » | 10 h. | 1 h. 40 | 2.900 |
| 17 | G..., | 20 | 8 3/4 | TB | 44 | 20 | 33 | 10 | 35 | 5 | 25 | V. type de primipare R. D. | » | OIGA | Tête bien engagée | 8 h. | 45' | 2.650 |
| 18 | M .., | 33 | 8 3/4 | TB | 39 | 19 | 32 | 9 | 34 | 5 | 25 | » | » | » | » | 13 h. | 2 h. 30 | 2.700 |
| 19 | N..., | 23 | 8 1/2 | TB | 38 | 21 | 32 | 8 | 35 | 4 | 27 | » | » | » | » | 6 h. | 40' | 2.650 |
| 20 | R..., | 23 | 8 3/4 | TM | 43 | 20 | 35 | 3 | 40 | 23 | 37 | V. globuleux mal soutenu | *Venter pendulum* | Siège | Excavat. vide | 38 h. | 4 h. | 3.650 |
| 21 | P..., | 23 | 8 1/2 | B | 38 | 18 | 31 | 10 | 34 | 4 1/2 | 24 | V. normal | bien souten. | OIDP | Tête engagée | 8 h. | 35' | 2.550 |
| 22 | B..., | 24 | 8 1/2 | TB | 38 | 20 | 32 | 8 | 35 | 3 | 27 | » | » | OIGA | Tête bien eng. | 19 h. | 1 h. | 2 850 |
| 23 | K..., | 20 | 8 3/4 | B | 39 | 23 | 34 | 9 | 34 | 5 | 25 | V. globuleux | » | OIDP | » | 17 h. | 45' | 3.150 |
| 24 | M..., | 22 | 8 1/2 | B | 40 | 20 | 32 | 9 | 35 | 4 1/2 | 26 | » | » | OIGA | » | 13 h. | 1 h. 15 | 2.900 |

## PRIMIPARES. — Tableau I *(suite)*

| NUMÉROS | NOMS et PARITÉ | Age de la Femme | AGE de la grossesse | État de la Paroi | Longueur sypubio-pubienne | Hauteur ombilicale | Hauteur utérine | ÉCARTEMENT | | | | FORME DU VENTRE | | PRÉSENTATION | Degré d'engagement | ACCOUCHEMENT | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | Commencement | Fin | Maximum de degré | Longueur | Couchée | Debout | | | Durée du Travail | Durée de l'expulsion | Poids de l'enfant |
| 25 | H..., | 18 | 8 1/2 | TB | 39 | 21 | 32 | 11 | 34 | 6 | 23 | Ventre type | bien soutenu | OIGA | Tête amorcée | 12 h. | 1 h. | 3.200 |
| 26 | F..., | 21 | 8 3/4 | AB | 39 | 19 | 33 | 7 1/2 | 36 | 8 | 28 1/2 | V. globuleux | mal sout. | OIG | Tête s'amorce | 15 h. | 1 h. 25 | 3.000 |
| 27 | R..., | 21 | 8 | B | 42 | 21 | 30 | 9 | 35 | 6 1/2 | 25 | » | bien sout. | OIG | Tête tend à s'engag. | 9 h. | 45 ' | 3.450 |
| 28 | R..., | 29 | 8 3/4 | TB | 40 | 21 | 33 | 7 | 36 | 5 | 29 | normal | » | OIDP | T. engagée | 12 h. | 1 h. 30 | 3.200 |
| 29 | G..., | 18 | 8 1/2 | TB | 39 | 22 | 29 | 9 | 25 | 3 | 17 | » | » | OIGA | » | 8 h. | 30 ' | 2.800 |
| 30 | L..., | 19 | 8 1/2 | TB | 41 | 22 | 32 | 9 | 37 | 5 | 28 | » | » | » | » | 5 h. | 25 ' | 3 250 |
| 31 | R..., | 20 | 8 1/2 | B | 40 | 20 | 32 | 9 | 36 | 4 | 27 | Ventre globuleux | légère tend. à tomber | OIG | Tête amorcée | 13 h. | 1 h. 45 | 2.800 |
| 32 | P..., | 22 | TERME | TB | 39 | 21 | 34 | 6 | 36 | 11 | 29 | V. étalé | bien sout. | OIGA | Tête mobile s'engage | 10 h. | 1 h. | 3.600 |
| 33 | G..., | 21 | » | M | 44 | 21 | 37 | 6 | 40 | 23 | 34 | » | Ventre en besace | OIG | Tête mobile au-dessus du D. S. | 18 h. | 2 h. 30 | 3.500 |
| 34 | H..., | 28 | » | TB | 40 | 20 | 35 | 7 | 36 | 5 | 29 | V. globuleux | bien sout. | OID | T. bien engag. | 13 h. | 1 h. | 3.700 |
| 35 | H..., | 30 | » | TB | 47 | 22 | 33 | 9 | 43 | 4 | 34 | normal | » | OIDP | » | 8 h. | 30 ' | 2.750 |
| 36 | P..., | 24 | » | TB | 40 | 19 | 34 | 10 | 36 | 5 | 25 | » | » | OIGA | » | 11 h. | 1 h. | 3.050 |
| 37 | R..., | 21 | » | AB | 44 | 23 | 33 | 8 | 37 | 6 1/2 | 29 | V. globul. | » | » | Tête amorcée | 18 h. | 3 h. 35 | 3.250 |
| 38 | R..., | 20 | » | B | 40 | 19 | 31 | 8 | 32 | 3 1/2 | 24 | » | » | » | Tête bien engagée | 7 h. | 1 h. 20 | 2.600 |
| 39 | K..., | 18 | » | TB | 45 | 23 | 35 | 7 | 38 | 10 | 31 | » | » | » | » | 13 h | 1 h. | 3.900 |
| 40 | V..., | 20 | » | TB | 39 | 17 | 33 | 11 | 34 | 4 1/2 | 23 | » | » | » | » | 10 h. | 45 ' | 2.500 |
| 41 | F..., | 30 | » | TB | 37 | 19 | 32 | 10 | 35 | 5 | 25 | » | » | OIDP | » | 14 h. | 1 h. 50 | 3.300 |
| 42 | D..., | 18 | » | B | 42 | 21 | 34 | 9 | 37 | 6 | 28 | » | » | » | » | 12 h. | 50 ' | 3.400 |
| 43 | G..., | 25 | » | TB | 39 | 18 | 33 | 11 | 34 | 4 | 23 | » | » | OIGA | » | 22 h. | 1 h. 25 | 2.700 |
| 44 | L..., | 20 | » | B | 40 | 21 | 34 | 10 | 37 | 5 | 27 | Ventre type | » | » | » | 10 h. | 35 ' | 3.250 |
| 45 | T..., | 18 | » | TB | 39 | 20 | 32 | 10 | 35 | 5 | 25 | » | » | » | » | 8 h. | 1 h. | 2.950 |
| 46 | G..., | 21 | » | TB | 38 | 22 | 32 | 7 1/2 | 30 | 4 | 22 1/2 | Ventre globuleux | » | » | » | 9 h. | 50 ' | 3.400 |
| 47 | B..., | 20 | » | AB | 40 | 19 | 31 | 7 | 34 | 7 1/2 | 24 | V. flasque étalé | mal soutenu | OIDP | Tête s'amorce | 14 h. | 1 h. 20 | 3.200 |
| 48 | J..., prématuré | 19 | 8 | TB | 38 | 19 | 30 | 10 | 32 | 4 | 22 | Ventre régulièrement developpé | bien soutenu | OIGA | Tête s'engage | 7 h. | 35 ' | 2.500 |

Au 5e mois, max. de degré d'écart. à l'ombilic : 3 cm ;
— 6e — — 3 1/2 ;
— 7e — — 4 ;
A la fin du 8e mois — — 5 ;
A l'époque du *terme* — — 5 à 5 1/2.

On voit que, pendant les derniers mois, la distension n'augmente que très peu ; c'est que l'engagement d'une partie fœtale a diminué la pression de l'utérus gravide. Par contre, il est à remarquer que les droits ne commencent à s'écarter qu'à une distance de la symphyse pubienne variant entre 7 et 11 centimètres. En aucun cas nous n'avons vu les droits se séparer plus bas que 7 centimètres.

Ces chiffres s'appliquent aussi aux primipares âgées, qui ne diffèrent pas, à ce point de vue, des primipares jeunes.

## POST-PARTUM

Dans les cas d'éventration physiologique, le travail de réparation est très rapide. Dès les premiers jours, vingt-quatre heures après l'accouchement, la ligne blanche recouvre des dimensions très voisines de la normale. Vers le cinquième jour, la paroi est à peu près restaurée et les transformations qu'elle subira jusqu'au neuvième jour seront pour ainsi dire insignifiantes, portant seulement sur la longueur.

Toutefois, la restauration n'est pas toujours parfaite. Si, dans bien des cas, l'écartement est réduit à 2-2 $\frac{1}{2}$ centimètres, comme chez la jeune fille ; dans d'autres, relativement nombreux, il subsiste 3 $\frac{1}{2}$-4 centimètres. La grossesse a laissé là une trace de son passage qui prédispose la femme à une éventration plus accentuée au cours de grossesses ultérieures.

| Numéros correspondant à ceux du Tableau I | | GROSSESSE. | | | | | 1er JOUR DU POST-PARTUM | | | | JOUR INTERMÉDIAIRE | | | | | 8e ou 9e JOUR du POST-PARTUM | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AGE DE LA GROSSESSE | ÉCARTEMENT | | | | ÉCARTEMENT | | | | JOUR | ÉCARTEMENT | | | | ÉCARTEMENT | | | |
| | | | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur |
| 13 | I | 8 3/4 | 2 1/2 | 37 | 24 | 34 1/2 | 4 | 36 | 15 | 32 | 5 | 8 | 29 | 9 | 21 | 9 | 26 | 7 1/2 | 17 |
| 8 | I | 7 | 8 | 30 | 5 | 22 | 11 | 28 | 3 1/2 | 17 | 5 | 12 | 27 | 2 1/2 | 15 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 |
| | | Prématuré | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | I | 8 1/4 | 10 | 26 | 4 1/2 | 13 | 11 | 25 | 3 1/2 | 14 | 4 | 13 | 25 | 3 | 12 | 13 | 24 | 3 | 11 |
| 15 | I | 8 1/4 | 9 1/2 | 33 | 5 | 23 1/2 | 11 | 29 | 3 | 18 | 5 | 12 | 27 | 2 1/2 | 15 | 13 | 26 | 2 1/2 | 13 |
| 11 | I | 7 1/2 | 10 | 29 | 4 | 19 | 12 | 27 | 2 1/2 | 15 | 5 | 13 | 26 | 2 | 16 | 13 | 26 | 2 | 13 |
| 12 | I | 7 1/2 | 9 | 26 | 4 1/2 | 17 | 10 | 25 | 3 | 15 | 6 | 11 | 24 | 2 1/2 | 13 | 11 | 23 | 2 1/2 | 12 |
| 16 | I | 8 3/4 | 9 | 35 | 6 | 26 | 11 | 29 | 3 | 18 | 5 | 12 | 27 | 2 1/2 | 15 | 13 | 26 | 2 1/2 | 13 |
| 17 | I | 8 3/4 | 10 | 35 | 5 | 25 | 11 | 22 | 2 | 11 | 4 | 12 | 22 | 2 | 10 | 13 | 20 | 2 | 7 |
| 18 | I | 8 3/4 | 9 | 34 | 5 | 25 | 12 | 26 | 3 1/2 | 14 | 5 | 13 | 26 | 3 | 13 | 13 | 25 | 3 | 12 |
| 19 | I | 8 1/2 | 8 | 35 | 4 | 27 | 9 | 25 | 3 | 16 | 6 | 12 | 24 | 2 | 12 | 12 | 23 | 2 | 11 |
| | | | | | | | 2e Jour | | | | | | | | | | | | |
| 20 | I | 8 3/4 | 3 | 40 | 23 | 37 | 5 | 31 | 8 | 26 | 6 | 7 | 29 | 6 1/2 | 22 | 7 | 28 | 6 | 21 |
| 21 | I | 8 1/2 | 10 | 34 | 4 1/2 | 24 | 12 | 27 | 3 1/2 | 15 | 5 | 13 | 26 | 3 | 13 | 13 | 25 | 3 | 22 |
| 22 | I | 8 1/2 | 8 | 35 | 3 | 27 | 10 | 27 | 3 | 17 | 5 | 12 | 26 | 2 1/2 | 14 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 |
| 23 | I | 8 3/4 | 9 | 34 | 5 | 25 | 11 | 25 | 3 | 14 | 5 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 |
| 24 | I | 8 1/2 | 9 | 35 | 4 1/2 | 26 | 11 | 26 | 4 | 15 | 6 | 12 | 26 | 3 1/2 | 14 | 12 | 25 | 3 | 13 |
| 25 | I | 8 1/2 | 11 | 34 | 6 | 23 | 10 | 28 | 4 1/2 | 18 | 4 | 11 | 26 | 3 1/2 | 15 | 12 | 26 | 3 1/2 | 14 |
| 26 | I | 8 3/4 | 7 1/2 | 36 | 8 | 28 1/2 | 8 | 29 | 4 | 21 | 5 | 10 | 27 | 3 | 17 | 10 | 25 | 3 | 15 |
| 27 | I | 8 1/4 | 9 | 35 1/2 | 6 1/2 | 25 | 11 | 28 | 3 1/2 | 17 | 5 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 | 13 | 25 | 2 1/2 | 12 |
| 28 | I | 8 3/4 | 7 | 36 | 5 | 29 | 8 | 29 | 4 | 21 | 5 | 9 | 26 | 3 1/2 | 17 | 10 | 25 | 3 | 15 |
| 29 | I | 8 1/2 | 9 | 26 | 3 | 17 | 10 | 25 | 2 1/2 | 14 | 5 | 11 | 24 | 1 1/2 | 13 | 12 | 23 | 1 1/2 | 11 |
| 30 | I | 8 1/2 | 9 | 37 | 5 | 28 | 11 | 30 | 4 | 19 | 4 | 12 | 28 | 3 1/2 | 16 | 12 | 28 | 3 | 16 |
| 31 | I | 8 1/2 | 9 | 36 | 4 | 27 | 10 | 26 | 3 | 16 | 5 | 11 | 24 | 3 | 13 | 12 | 24 | 3 | 12 |
| 32 | I | Terme | 6 | 36 | 11 | 29 | 10 | 31 | 5 1/2 | 21 | 5 | 11 | 29 | 3 1/2 | 18 | 11 | 29 | 3 1/2 | 18 |
| 33 | I | » | 6 | 40 | 23 | 34 | 8 | 38 | 9 1/2 | 30 | 4 | 8 | 38 | 6 | 30 | 10 | 36 | 5 1/2 | 26 |
| 34 | I | » | 7 | 36 | 5 | 29 | 9 | 30 | 4 | 21 | 5 | 9 | 26 | 3 1/2 | 17 | 9 | 25 | 3 1/2 | 16 |
| 35 | I | » | 9 | 43 | 4 | 34 | 12 | 35 | 2 1/2 | 23 | 5 | 14 | 32 | 2 1/2 | 18 | 14 | 31 | 2 1/2 | 17 |
| 36 | I | » | 10 | 36 | 5 | 25 | 13 | 30 | 4 | 17 | 5 | 13 | 27 | 3 1/2 | 14 | 13 | 25 | 3 1/2 | 12 |
| 37 | I | » | 8 | 37 | 6 1/2 | 29 | 8 | 33 | 5 | 25 | 6 | 9 | 32 | 4 | 18 | 9 | 30 | 4 | 21 |
| 38 | I | » | 8 | 32 | 3 1/2 | 24 | 10 | 30 | 2 1/2 | 20 | 5 | 11 | 27 | 2 1/2 | 16 | 12 | 25 | 2 1/2 | 13 |
| 39 | I | » | 7 | 38 | 10 | 31 | 9 | 30 | 5 | 21 | 5 | 10 | 25 | 4 | 15 | 11 | 25 | 4 | 14 |
| 40 | I | » | 11 | 34 | 4 1/2 | 23 | 12 | 29 | 3 | 17 | 5 | 11 | 25 | 3 | 14 | 11 | 23 | 3 | 12 |
| 41 | I | » | 10 | 35 | 5 | 25 | 11 | 26 | 4 | 15 | 5 | 12 | 25 | 3 1/2 | 13 | 12 | 25 | 3 1/2 | 13 |
| 42 | I | » | 9 | 37 | 6 | 28 | 11 | 31 | 4 1/2 | 20 | 4 | 11 | 27 | 4 1/2 | 16 | 12 | 27 | 4 | 15 |
| 43 | I | » | 11 | 34 | 4 | 23 | 11 | 27 | 3 | 16 | 5 | 13 | 27 | 2 1/2 | 14 | 13 | 26 | 2 1/2 | 13 |
| 44 | I | » | 10 | 37 | 5 | 27 | 12 | 30 | 3 1/2 | 18 | 5 | 13 | 27 | 3 1/2 | 14 | 13 | 26 | 3 1/2 | 13 |
| 45 | I | » | 10 | 35 | 5 | 25 | 11 | 26 | 3 1/2 | 15 | 5 | 12 | 24 | 3 1/2 | 12 | 13 | 24 | 3 | 11 |
| 46 | I | » | 7 1/2 | 30 | 4 | 22 1/2 | 12 | 28 | 3 | 16 | 6 | 14 | 25 | 2 1/2 | 11 | 14 | 24 | 2 1/2 | 10 |
| 47 | I | » | 7 | 34 | 7 1/2 | 24 | 9 | 29 | 6 | 20 | 5 | 10 | 29 | 5 | 19 | 11 | 20 | 4 1/2 | 18 |
| 48 | I | 8 mois | 10 | 32 | 4 | 22 | 11 | 28 | 3 1/2 | 17 | 5 | 12 | 25 | 3 | 13 | 13 | 23 | 3 | 10 |

## B. — Eventrations pathologiques

Les éventrations pathologiques constituent la minorité. Nous en avons trouvé 5 cas. Et deux d'entre elles sont moyennes (nos 32 et 39), l'écartement atteint chez elles un maximum de 10 et 11 centimètres au niveau de l'ombilic. Trois autres (nos 33, 13, 20) sont considérables; la distension se mesure par 23 et 24 centimètres.

Pour les deux premières, la longueur de l'écartement est en moyenne de 30 centimètres et cet écartement commence seulement à 6 et 7 centimètres de la symphyse; pour les trois autres, la longueur atteint 34 à 37 centimètres et les droits se séparent respectivement à partir de 2 $\frac{1}{2}$, 3 et 6 centimètres de la symphyse.

Nous considérons les deux premières éventrations (nos 32 et 39) comme *intermédiaires* entre les deux groupes de physiologiques et de pathologiques. Elles présentent les caractères des premières par la restauration; moins rapide et moins complète toutefois, puisque la distension persiste avec 3 $\frac{1}{2}$ et 4 centimètres de largeur; mais elles sont déjà pathologiques parce que les femmes qui les portent sont vouées à l'éventration si elles deviennent multipares. Nous les avons trouvées chez des femmes débiles et à gros enfants (3.500-3.900).

Les causes des éventrations résident dans la faiblesse de la musculature abdominale, dans l'état général mauvais, et dans les poids des enfants. Nous citons intégralement ces observations.

## OBSERVATION XIII

Date de l'observation : 17 mars 1911.

Madeleine K..., 23 ans, bonne.

Premières règles à 14 ans, régulières, non douloureuses, durant 4 à 5 jours.

Age de la grossesse : à terme. Dernières règles, le 15 juin 1910.

Santé générale : faible.

*Ecartement.* — Les muscles droits, rejetés sur les côtés, interceptent entre eux un espace de forme losangique atteignant son maximum de *24 centimètres* au niveau de l'ombilic. L'écartement commence à 2 cm. 1/2 de la symphyse et finit à 37. L'utérus vient faire saillie à travers cette large boutonnière. La malade ressent depuis un mois des douleurs et des tiraillements dans le bas-ventre.

*Sangle.* — D'épaisseur relativement *faible*, les muscles droits donnent, pendant leur contraction, la sensation d'une corde dont la résistance est très au-dessous de la moyenne.

Aspect et forme du ventre.
- Couchée : saillie abdominale très forte, d'aspect sphérique.
- Debout : *ventre « en besace »* ; moyennement tombant.
- Longueur xypho-pubienne : 45 cm.
- Hauteur ombilicale : 21 cm.
- Circonférence abdominale : 100 cm.

Utérus déjeté à droite. Le fond a la forme d'un cœur de carte à jouer. Hauteur utérine : 30 centimètres.

Enfant.
- Présentation : O I G A.
- *Engagement :* tête s'amorce.

Travail. — Entrée à la salle de travail le 18 mars, à 11 heures du soir, ayant des petites douleurs depuis trois jours. Tête s'engage en O I G A. Enfant vivant. Col effacé, dilaté comme 2 francs.

Le 19, à 1 heure du soir, dilatation complète. Contractions toutes les quarante minutes. Peu énergiques.

A 2 heures, la tête est à la partie inférieure de l'excavation.

A 5 heures, on décide d'appliquer le *forceps*, étant donné que la tête est restée trois heures sans progresser, après la dilatation complète, faute de contractions utérines qui restent très espacées et inefficaces.

*Action de la paroi, pendant la grossesse.* — Cause de non-engagement de la tête jusqu'au moment du travail.

*Au moment de l'accouchement.* — Nous ne pouvons attribuer à l'éventration la lenteur du travail ; les contractions utérines étant peu énergiques et très espacées, la tête ne progresse pas et la femme n'est pas sollicitée à pousser.

Durée du travail : Dix-huit heures. Durée de l'expulsion : trois heures.

Poids de l'enfant : 3.750 grammes. D. N. : 30 minutes après: Placenta : 450 gr. Cordon : 60 cm.

Post-Partum. — Suites de couches normales. Paroi flasque, très abîmée, donnant la sensation d'un chiffon mouillé.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1er j. | L'écart. com. à | 4 cm., | fin. à | 36, | att. un max. de | 15 ; | long. | 34 1/2 |
| 5e j. | — | 8 | — | 29 | — | 9 | — | 21 |
| 9e j. | — | 9 | — | 26 | — | 7 1/2 | — | 17 |

Paroi très flasque. Sous l'action de l'effort, l'intestin vient faire hernie à travers l'éventration.

---

## OBSERVATION XX

Date de l'observation : 6 mai 1911.

Marie R..., 23 ans, bonne.

Réglée à 14 ans. Règles irrégulières, toujours douloureuses, durant cinq à six jours.

A été soignée pour une dyspepsie, à 22 ans. Constitution faible.

Age de la grossesse : près du terme. D. R. : 9 à 12 août 1910.

Troubles sympathiques au début. Pertes sanguines pendant les quatre premiers mois, aux époques correspondant aux règles. Au dire de la femme, pendant le cinquième mois, le ventre a considérablement grossi et a commencé à tomber.

Il y a un mois, la femme aurait soulevé un objet très lourd et, à partir de ce moment, le ventre a pris la forme qu'il possède maintenant : ventre en besace.

*Ecartement.* — Maximum de 23 centimètres, au niveau de l'ombilic ; commençant à 3 centimètres, finissant à 40 de la symphyse.

*Sangle : très mauvaise.* — La distension et la minceur extrêmes de la ligne blanche laissent percevoir les mouvements fœtaux. Les vergetures sont très nombreuses. Les muscles droits, minces, peu épais, sont de résistance bien inférieure à la moyenne. La paroi est flasque, très peu élastique.

Aspect et forme du ventre. — Couchée : v. globuleux, mal soutenu. Debout : *ventre « en besace » ;* moyennement tombant. Longueur xypho-pubienne : 43 cm. Hauteur ombilicale : 20 cm. Circonférence abdominale : 104 cm.

Utérus incliné à droite et en avant. Antéversion légère. Hauteur utérine : 35 centimètres.

Enfant. — *Présentation du siège.* On la transforme au sommet à la consultation du 6 mai, et on la fixe en cette position par un bandage approprié.

Travail. — Entrée à la salle de travail le 12 mai, à 11 heures du soir, ayant mal depuis 10 heures. Elle porte toujours le bandage. Tête mobile reposant sur le détroit supérieur. Dos à droite. Enfant vivant. Col effacé, dilaté comme 2 francs. Membranes intactes.

Le 13, à 7 heures du matin, dilatation comme 5 francs. A 10 heures, rupture spontanée des membranes. La dilatation ne progresse pas. La tête se fixe en droite transverse. A ce moment, on enlève le bandage.

Le 14, à 7 heures du matin, dilatation comme une paume de main ; tête dans l'excavation en D P. — A 9 heures, dilatation complète. Contractions peu énergiques toutes les demi-heures. A partir de midi 30, contractions plus énergiques ; la rotation s'effectue ; les battements fœtaux sont normaux. A 2 heures 1/2, dégagement de la tête. On constate à ce moment une latérocidence du cordon au niveau de l'épaule

antérieure. Le dégagement du tronc est accompagné d'une quantité notable de meconium.

D. N. 45 minutes après se présentant par sa face fœtale. Nombreux caillots derrière.

*Action de la paroi. — Pendant la grossesse,* l'éventration est cause de la présentation du siège.

*Pendant l'accouchement,* au moment de la période d'expulsion, les contraction utérines surviennent toutes les quinze minutes ; la femme pousse assez énergiquement. Cet effort n'est pas trop efficace, car l'utérus fait hernie à travers l'espace libre laissé par l'écartement des droits : la femme pousse dans son éventration. C'est donc une cause de la lenteur du travail et de l'expulsion.

Durée du travail : 38 heures. — Durée de l'expulsion : 4 heures.

Enfant : 3.650 grammes. Cordon : 75 cent. Placenta : 600 grammes.

Post-Partum. — Suites de couches normales. Paroi très flasque, relâchée, retombant, donnant la sensation de chiffon mouillé. Sangle très peu résistante.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2e j. | L'écart. com. à 5 cm., | | fin. à 31, | | att. un max. de 8 cm. ; | | long. 26 | |
| 6e j. | — | 7 | — | 29 | — | 6 ½ | — | 22 |
| 9e j. | — | 7 | — | 28 | — | 6 | — | 21 |

Paroi toujours très flasque. Sous l'influence de l'effort, l'intestin vient faire saillie dans l'éventration.

---

## OBSERVATION XXXIII

Date de l'observation : 15 septembre 1910.

Marthe G..., 21 ans, ménagère.

Santé générale. Premières règles à 15 ans, irrégulières, douloureuses ; cinq à six jours de durée. Tempérament lymphatique. Soignée depuis trois mois à la Maison de Secours pour métrite.

Age de la grossesse : au voisinage du terme. D. R. au commencement de décembre 1909.

*Ecartement.* — Commence à 6 centimètres de la symphyse. Maximum de 23 centimètres au niveau de l'ombilic ; les droits se rapprochent à 40 centimètres. La ligne blanche est très mince.

*Sangle : mauvaise,* paroi très flasque, droits peu épais et peu résistants.

Aspect et forme du ventre.
- Couchée : volumineux, étalé, ventre « de batracien ».
- Debout : *ventre « en besace ».*
- Longueur xypho-pubienne : 44 cm.
- Hauteur ombilicale : 21 cm.
- Circonférence abdominale : 104 cm.

Utérus antéversé et incliné à droite. Hauteur utérine : 36 1/2 cm.

Enfant vivant. Présentation du sommet, dos à gauche.

*Engagement* : Tête mobile au-dessous du détroit supérieur.

Travail. — La malade entre à la salle de travail le 16 septembre, à midi, disant avoir mal depuis 6 heures du matin. Tête mobile à gauche. Col non effacé. Elle rentre le soir au dortoir et continue à avoir des douleurs. On la remet de nouveau à la salle de travail le 17 septembre, à 4 heures du soir. La tête s'amorce en droite postérieure. Le col s'efface. A 5 heures, col effacé, dilaté comme 2 francs. La tête se fixe en droite postérieure. A 8 heures, dilatation complète. A 10 heures 30, expulsion d'une fille pesant 3.500 grammes. D. N. une demi-heure après.

*Action de la paroi. — Pendant la grossesse,* elle est cause du non engagement jusqu'au moment du travail.

*Au moment de l'accouchement,* il faut attribuer à la laxité de la paroi et à la faiblesse de la sangle la lenteur du travail.

Durée du travail : 40 heures. Durée de l'expulsion : 2 heures 30 minutes.

Cordon : 70 centimètres. Placenta : 550 grammes.

Post-Partum. — Suites de couches normales. Paroi très flasque.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1er j. | L'écart. com. à | 8 cm., | fin. à | 38, | att un | max. de | 9 1/2 ; | long. 30 |
| 4e j. | — | 8 | — | 38 | — | 6 | — | 30 |
| 9e j. | — | 10 | — | 36 | — | 5 1/2 | — | 26 |

La sangle musculaire encore très flasque au quatrième jour, devient un peu plus résistante vers le neuvième jour.

A chaque effort, l'intestin vient faire hernie à travers l'éventration.

### POST-PARTUM

*Le travail de réparation est plus long que dans les cas d'éventration physiologique.* Dès le lendemain de l'accouchement, la distension de la ligne blanche se réduit de moitié; elle passe de 23 centimètres à 12 environ. Le second jour, une notable diminution s'effectue encore; la distension diminue encore beaucoup jusqu'au 5e et 6e jours, à partir desquels l'état se modifie peu.

Il reste définitivement un étalement de 5 $\frac{1}{2}$-8 centimètres.

---

## II. — MULTIPARES

### A. — Eventrations physiologiques

Nous ne pouvons plus, aussi facilement que chez les primipares, donner des moyennes pour chaque mois de la gestation. Un nouveau facteur est intervenu : les grossesses antérieures retentissent sur la grossesse actuelle.

Dans un certain nombre de cas où l'éventration physiologique n'a laissé subsister aucun étalement de la ligne blanche, nous retrouvons très approximativement, chez les secondipares surtout, les chiffres que nous avons indiqués à propos des primipares : 6 centimètres chez une VIIpare à terme, 4 centimètres chez une VIIIpare à 8 mois 1/4. Toujours, alors, nous avons constaté une paroi excellente,

# MULTIPARES. — Tableau III

| NUMÉROS | NOMS et PARITÉ | Age de la femme | AGE de la grossesse | État de la paroi | Longueur xyhoïdo-pubienne | Hauteur ombilicale | Hauteur utérine | ÉCARTEMENT Commencement | ÉCARTEMENT Fin | ÉCARTEMENT Maximum de degré | ÉCARTEMENT Longueur | FORME DU VENTRE Couchée | FORME DU VENTRE Debout | PRÉSENTATION | Degré d'engagement | ACCOUCHEMENT Durée du travail | ACCOUCHEMENT Durée de l'expulsion | ACCOUCHEMENT Poids de l'enfant |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | M..., II | 40 | 5 1/2 | M | 36 | 18 | 25 | 7 1/2 | 31 | 6 1/2 | 23 1/2 | V. de Batracien | Mal soutenu | O I G | Excavation vide | | | |
| 2 | H..., II | 26 | 6 | TB | 35 | 17 | 24 | 9 | 29 | 4 | 20 | V. normal | Bien soutenu | | | | | |
| 3 | A..., II | 20 | 6 1/2 | TB | 32 | 17 | 20 | 10 | 21 | 3 | 11 | » | » | » | Tête mobile au-dessus du D. S. | | | |
| 4 | K..., II | 24 | 7 | TB | 40 | 23 | 26 | 8 | 27 | 4 | 19 | » | » | Dos à gauche | Tête dans la fosse iliaque droit | | | |
| 5 | C..., II | 27 | 7 | AB | 38 | 18 | 25 | 6 1/2 | 28 | 6 | 21 1/2 | V. étalé flasque | Mal soutenu | » | T. mobile | | | |
| 6 | T..., II | 20 | 7 | AB | 37 | 19 | 29 | 6 | 32 | 7 sus-omb. | 26 | » | Bien soutenu | » | » | 9 h. | 45' | 4.900 |
| 7 | D..., II | 22 | 7 1/2 | B | 39 | 20 | 28 | 9 | 33 | 5 | 24 | V. normal | » | » | » | 8 h. | 30' | 3.450 |
| 8 | B..., II | 30 | 7 | TB | 41 | 22 | 28 | 7 | 33 | 6 | 26 | V flasque étalé | Mal soutenu | Siège dos à droite | Tête dans l'hypocondre gauche | | | |
| 9 | P..., II | 25 | 8 1/2 | TB | 39 | 19 | 32 | 10 | 35 | 5 | 25 | » | Bien soutenu | O I G | Tête mobile au-dess. D. S. | 7 h. | 20' | 3.000 |
| 10 | B..., II | 23 | 8 1/2 | M | 36 | 19 | 32 | 8 | 33 | 8 | 25 | V. globuleux | » | O I D P | T. non engagée | 11 h. | 15' | 2.500 |
| 11 | T..., II | 20 | 8 1/2 | AB | 43 | 21 | 35 | 6 | 38 | 10 | 32 | » | » | O I G | T. s'engage | 9 h. | 45' | 4.900 |
| 12 | M..., II | 25 | 8 3/4 | TB | 40 | 21 | 33 | 9 | 35 | 5 | 26 | V. normal | » | O I G A | T. bien amorcée | 7 h.30 | 15' | 3.250 |
| 13 | I..., II | 24 | 8 | TB | 39 | 20 | 31 | 7 1/2 | 34 | 8 | 26 1/2 | » | » | O I D | » | 5 h. | 25' | 3.100 |
| 14 | P..., II Gémellaire | 23 | 8 1/2 | TB | 48 | 22 | 36 | 8 | 43 | 6 | 35 | V. globuleux | » | O I D P | Tête engagée | 6 h. | 20' | 2.500 |
| 15 | M..., II | 28 | 8 1/2 | TB | 40 | 19 | 30 | 9 | 32 | 4 1/2 | 23 | V. normal | » | O I G A | » | 10 h. | 30' | 2.450 |
| 16 | K..., II | 20 | 8 3/4 | TB | 44 | 22 | 35 | 7 | 38 | 12 | 31 | V. globuleux | » | » | » | 20 h. | | 3.050 |
| 17 | S..., II | 25 | 8 | M | 38 | 23 | 30 | 6 | 31 | 15 | 25 | V. flasque | V. tombant | O I D P | Tête très mobile | | | 4.000 |
| 18 | P..., II | 30 | 8 1/4 | TB | 39 | 20 | 30 | 12 | 29 | 3 1/2 | 27 | V. type | Très bien soutenu | O I G A | Tête engagée | | | |
| 19 | S..., II | 23 | Terme | TB | 40 | 21 | 32 | 12 | 33 | 5 1/2 | 21 | » | » | » | » | 7 h. | 35' | 3.250 |
| 20 | B..., II | 24 | » | Méd. | 45 | 26 | 31 | 21/2 | 39 | 23 sous-ombil. | 36 1/2 | V. volumineux retombant | Mal soutenu | Dos à droite | Tête dans la fosse iliaque gauche | | | |
| 21 | X..., II | 24 | » | TB | 38 | 20 | 34 | 10 1/2 | 35 | 4 1/2 | 24 1/2 | V. normal | Bien soutenu | O I G A | Tête bien engagée | 8 h. | 35' | 3.450 |
| 22 | M..., II | 22 | » | B | 43 | 22 | 32 | 6 | 39 | 5 | 33 | » | » | » | » | 6 h. | 25' | 2.750 |
| 23 | V..., II | 28 | » | TB | 42 | 21 | 32 | 9 | 34 | 5 | 35 | » | » | » | » | 10 h. | 30' | 3.050 |
| 24 | A..., II | 25 | » | TB | 39 | 20 | 31 | 19 | 31 | 6 | 21 | V. globuleux | » | O I D P | » | 9 h. | 40' | 2.900 |

# MULTIPARES. — Tableau III *(suite)*

| NUMÉROS | NOMS et PARITÉ | Age de la femme | AGE de la grossesse | État de la paroi | Longueur xypho-ombilicale | Hauteur ombilicale | Hauteur utérine | ÉCARTEMENT Commencement | ÉCARTEMENT Fin | ÉCARTEMENT Maximum de degré | ÉCARTEMENT Longueur | FORME DU VENTRE Couchée | FORME DU VENTRE Debout | PRÉSENTATION | Degré d'engagement | ACCOUCHEMENT Durée du travail | ACCOUCHEMENT Durée de l'expulsion | ACCOUCHEMENT Poids de l'enfant |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | P..., II | 31 | Terme | B | 45 | 23 | 35 | 10 | 37 | 10 | 27 | Bien sanglé | Bien soutenu | Dos à droite | Tête engagée | 8 h. | 35' | 3.400 |
| 26 | L..., II | 28 | » | B | 43 | 19 | 34 | 8 | 38 | 12 | 30 | V. globuleux | » | O I G A | » | 8 h. | 20' | 3.800 |
| 27 | B..., II | 24 | » | B | 41 | 20 | 33 | 9 | 35 | 6 | 26 | » | » | O I D P | » | 10 h. 30 | 25' | 3.600 |
| 28 | L.... II | 23 | » | TB | 40 | 20 | 31 | 8 | 33 | 5 1/2 | 25 | V. étalé | » | O I G A | Tête s'amorce | 11 h. | 30' | 2.750 |
| 29 | H..., II | 22 | » | TB | 43 | 22 | 33 | 11 | 34 | 4 1/2 | 23 | V. type | » | » | Tête s'engage | 9 h. | 25' | 3.100 |
| 30 | ?..., III | 37 | 7 1/2 | TB | 38 | 29 | 29 | 3 | 35 | 5 | 32 | » | » | O I G | Tête s'amorce | | | |
| 31 | R..., III | 37 | 8 | TB | 45 | 24 | 31 | 12 | 34 | 15 | 22 | V. flasque | V. légèr. tombant | Oblique | Tête mobile au-dessus du D S. | | | |
| 32 | B..., III | 31 | 8 1/2 | TB | 41 | 18 | 3. | 6 1/2 | 36 | 6 | 29 1/2 | V. de batracien | » | O I G A | Tête s'engage | 7 h. | 15' | 3.750 |
| 33 | T..., III | 28 | Terme | B | 39 | 19 | 33 | 8 | 35 | 5 | 27 | V. normal | V. bien soutenu | O I D P | Tête engagée | 7 1/2 | 25' | 3.100 |
| 34 | G..., III | 25 | 8 | AB | 41 | 20 | 31 | 8 | 35 | 5 1/2 | 27 | V. petit flasque | Mal soutenu | O I G A | Tête mobile | | | |
| 35 | T..., III | 25 | 8 1/2 | TB | 38 | 18 | 29 | 10 | 30 | 5 1/2 | 20 | V. globuleux | Bien soutenu | O I G | Tête s'amorce | | | |
| 36 | C..., IV | 33 | 8 | TB | 36 | 19 | 31 | 12 | 33 | 5 | 21 | V. normal | Tr. bien soutenu | O I G A | » | 2 h. | tr. rap. | 2.450 |
| 37 | A..., IV | 27 | Terme | AB | 47 | 27 | 37 | 5 1/2 | 42 | 15 | 36 1/2 | V. étalé | Légèrement tombant | Siège dos à gauche | » | 6 h. | 20' | 4.700 |
| 38 | P..., IV | 25 | » | B | 42 | 21 | 34 | 8 | 36 | 6 | 28 | V. globuleux | Bien soutenu | O I G A | » | 4 h. | 10' | 3.600 |
| 39 | H.... IV | 29 | 8 1/2 | AB | 49 | 27 | 33 | 8 | 35 | 10 | 27 | » | » | O I G | Tête s'engage | | | |
| 40 | B..., V | 33 | Terme | TB | 40 | 19 | 33 | 9 | 36 | 4 1/2 | 26 | » | » | O I G A | Tête bien amorcée | 5 h. | 25' | 3.100 |
| 41 | M..., VI | 26 | 2 1/2 | TB | 31 | 15 | 7 | 11 | 23 | 3 1/2 | 12 | » | » | | | | | |
| 42 | D..., VII | 40 | Terme | M | 44 | 23 | 35 | 6 | 37 | 14 | 31 | V. de batracien | Mal soutenu | O I G A | Tête mobile au-dess. D. S | 6 h. | 15' | 3.500 |
| 43 | G..., VIII | 30 | 8 1/4 | M | 40 | 20 | 30 | 4 | 39 | 19 | 35 | V. flasque étalé | Ventre en besace | O I G | | | | |
| 44 | H..., VIII | 33 | 8 3/4 | TB | 39 | 20 | 33 | 8 | 35 | 5 1/2 | 37 | V. régul. développé | V. bien soutenu | O I G A | Tête bien amorcée | 4 h. | 30' | 3.050 |
| 45 | J..., VIII | 40 | Terme | B | 42 | 21 | 33 | 7 | 39 | 6 | 32 | V. globuleux | » | O I D P | Tête s'engage | 7 h | 35' | 3.250 |
| 46 | S..., IX | 40 | 3 1/2 | TM | 34 | 17 | 13 | 6 | 28 | 8 | 22 | V. tombant | V. tombant | | | | | |
| 47 | H..., X | 39 | Terme | TM | 43 | 21 | 34 | 3 | 37 | 26 | 34 | V. flasque très étalé | V. en besace | O I G A | Tête s'engage | 4 h. | 30' | 3.450 |

une sangle parfaite. Les éventrations sont encore physiologiques.

A côté d'elles, nous trouvons des distensions considérables pour l'âge de la grossesse, — 6 ½ centimètres à 5 mois et demi (obs. I); 6 centimètres à 3 mois et demi (obs. XLVII).

Voilà le signalement de distensions anormales au cours de grossesses antérieures.

Il nous semble que pour les multipares, la dénomination d'éventration physiologique doive subsister, mais avec une signification plus large : les distensions de 12 centimètres de largeur à l'époque du terme sont encore normales à vrai dire.

Par contre, la classe des éventrations intermédiaires n'a plus sa raison d'exister, avec le sens spécial que nous lui donnions plus haut.

La limite inférieure de l'écartement se rapproche davantage de la symphyse pubienne; elle n'en est éloignée, dans les cas extrêmes, que de 6 centimètres.

C'est chez les multipares surtout que la profession joue un grand rôle dans la formation des éventrations.

## POST-PARTUM

Rarement le processus de réparation est complet. Chez quelques privilégiées, la ligne blanche retrouve 2 ½ centimètres au minimum. Le plus souvent c'est par 4 à 5 ½ centimètres que s'apprécie l'étalement. Le travail présente les mêmes caractères de rapidité : très actif dans les trois premiers jours, ralenti jusqu'au cinquième, achevé à peu près à ce moment et se complétant jusqu'aux huitième ou neuvième jour.

# MULTIPARES. — Tableau IV

| Numéros correspondant à ceux du Tableau III | PARITÉ | GROSSESSE | | | | | 1er JOUR DU POST-PARTUM | | | | JOUR INTERMÉDIAIRE | | | | | 8e ou 9e JOUR du POST-PARTUM | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | AGE DE LA GROSSESSE | ÉCARTEMENT | | | | ÉCARTEMENT | | | | JOUR | ÉCARTEMENT | | | | ÉCARTEMENT | | | |
| | | | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur | Commencement | FIN | DEGRÉ | Longueur |
| 6 | II | 7 | 6 | 32 | 7 | 26 | 7 | 31 | 6 | 24 | 4 | 8 | 30 | 5 | 22 | 10 | 29 | 4 1/2 | 19 |
| 7 | II | 7 1/2 | 9 | 33 | 5 | 24 | 9 | 28 | 4 1/2 | 19 | 5 | 10 | 28 | 3 1/2 | 18 | 11 | 27 | 3 1/2 | 16 |
| 9 | II | 8 1/2 | 10 | 35 | 5 | 25 | 12 | 30 | 3 1/2 | 18 | 5 | 12 | 27 | 3 | 15 | 13 | 26 | 3 | 13 |
| 10 | II | 8 1/2 | 8 | 33 | 8 | 25 | 8 1/2 | 23 | 6 | 14 1/2 | 5 | 9 | 21 | 4 | 12 | 9 | 20 | 4 | 11 |
| 11 | II | 8 1/2 | 6 | 38 | 10 | 32 | 8 | 30 | 6 1/2 | 22 | 6 | 9 | 27 | 5 | 18 | 9 | 25 | 5 | 16 |
| 12 | II | 8 3/4 | 9 | 35 | 5 | 26 | 11 | 26 | 3 1/2 | 15 | 5 | 12 | 25 | 3 | 13 | 12 | 24 | 3 | 12 |
| 13 | II | 8 | 7 1/2 | 34 | 8 | 26 1/2 | 8 | 28 | 4 | 20 | 5 | 9 | 27 | 4 | 18 | 10 | 25 | 3 1/2 | 27 |
| 14 | II | 8 1/2 | 8 | 43 | 6 | 35 | 9 | 32 | 4 | 23 | 5 | 10 | 27 | 3 1/2 | 15 | 12 | 25 | 3 1/2 | 13 |
| 15 | II | 8 1/4 | 9 | 32 | 4 1/2 | 23 | 12 | 28 | 3 1/2 | 14 | 5 | 12 | 26 | 3 | 14 | 13 | 25 | 3 | 12 |
| 16 | II | 8 3/4 | 7 | 38 | 1° | 31 | 8 | 32 | 8 | 24 | 5 | 9 | 30 | 6 | 21 | 10 | 26 | 5 | 16 |
| 19 | II | Terme | 12 | 33 | 5 1/2 | 21 | 8 | 28 | 4 | 20 | 6 | 8 | 24 | 3 | 16 | 8 | 23 | 3 | 15 |
| 21 | II | » | 10 1/2 | 35 | 4 1/2 | 24 1/2 | 11 | 30 | 3 | 19 | 5 | 12 | 27 | 2 1/2 | 15 | 13 | 27 | 2 1/2 | 14 |
| 22 | II | » | 6 | 39 | 5 | 33 | 8 | 29 | 4 | 21 | 5 | 10 | 28 | 3 1/2 | 18 | 11 | 27 | 3 1/2 | 16 |
| 23 | II | » | 9 | 34 | 5 | 25 | 10 | 28 | 4 | 18 | 6 | 11 | 26 | 3 | 15 | 11 | 25 | 3 | 14 |
| 24 | II | » | 10 | 31 | 6 | 21 | 11 | 27 | 4 1/2 | 16 | 5 | 11 | 25 | 3 1/2 | 14 | 11 | 25 | 3 | 14 |
| 25 | II | » | 10 | 37 | 10 | 27 | 11 | 29 | 6 | 28 | 5 | 12 | 27 | 4 1/2 | 15 | 13 | 24 | 4 1/2 | 11 |
| 26 | II | » | 8 | 38 | 12 | 30 | 10 | 30 | 5 1/2 | 20 | 5 | 12 | 28 | 4 1/2 | 16 | 14 | 26 | 3 1/2 | 12 |
| 27 | II | » | 9 | 35 | 6 | 26 | 10 | 25 | 3 1/2 | 15 | 5 | 12 | 25 | 3 | 13 | 13 | 24 | 3 | 11 |
| 28 | II | » | 8 | 33 | 5 1/2 | 25 | 11 | 27 | 3 | 16 | 4 | 12 | 23 | 2 1/2 | 11 | 13 | 23 | 2 1/2 | 10 |
| 29 | II | » | 11 | 34 | 4 1/2 | 23 | 13 | 34 | 3 | 21 | 5 | 13 | 30 | 2 1/2 | 17 | 14 | 29 | 2 1/2 | 15 |
| 32 | III | 8 1/2 | 6 1/2 | 36 | 6 | 29 1/2 | 7 1/2 | 29 | 5 | 21 1/2 | 5 | 8 | 28 | 4 1/2 | 20 | 9 | 28 | 4 | 19 |
| 33 | III | Terme | 8 | 35 | 5 | 27 | 10 | 29 | 3 1/2 | 19 | 5 | 11 | 27 | 3 | 16 | 12 | 25 | 3 | 13 |
| 36 | IV | 8 | 12 | 33 | 5 | 21 | 12 | 28 | 4 | 16 | 6 | 12 | 27 | 3 | 25 | 13 | 25 | 3 | 12 |
| 38 | IV | Terme | 8 | 36 | 6 | 28 | 10 | 28 | 3 1/2 | 18 | 5 | 12 | 27 | 3 | 15 | 13 | 26 | 3 | 13 |
| 40 | V | » | 9 | 35 | 4 1/2 | 26 | 10 | 30 | 3 | 20 | 4 | 11 | 26 | 2 1/2 | 15 | 14 | 25 | 2 1/2 | 11 |
| 42 | VII | » | 6 | 36 | 14 | 31 | 8 | 33 | 7 | 25 | 5 | 8 | 31 | 5 1/2 | 23 | 9 | 30 | 5 | 21 |
| 37 | IV | » | 5 1/2 | 42 | 15 | 36 1/2 | 7 | 36 | 6 1/2 | 29 | 5 | 11 | 34 | 5 1/2 | 23 | 12 | 32 | 5 | 20 |
| 44 | VIII | 8 3/4 | 8 | 35 | 5 1/2 | 27 | 10 | 33 | 5 | 23 | 5 | 11 | 29 | 4 1/2 | 18 | 11 | 27 | 4 | 16 |
| 45 | VIII | Terme | 6 | 28 | 8 | 22 | 9 | 34 | 5 | 25 | 5 | 11 | 32 | 4 | 21 | 12 | 32 | 4 | 20 |
| 47 | X | » | 3 | 37 | 26 | 34 | 5 | 32 | 13 | 27 | 5 | 7 | 30 | 10 | 23 | 7 | 27 | 8 | 20 |

## B. — Eventrations pathologiques

Nous avons trouvé quelques observations d'éventrations pathologiques dont la plupart sont toutefois moins typiques que celles que nous avons signalées chez les primipares. Dans cinq observations (nos 17, 31, 37, 42, 43), nous rencontrons respectivement un écartement de 15, 15, 15, 14 et 19 centimètres. La sangle abdominale est mauvaise chez trois d'entre elles, assez bonne chez une, résistante chez la cinquième. Malheureusement, ces deux dernières, que nous avons examinées à la consultation, ne sont pas revenues accoucher à la Maternité, et il nous a été impossible de savoir la part qu'il fallait attribuer à la pression de l'utérus gravide dans la pathogénie de leur éventration. Voici trois observations particulièrement intéressantes : la sangle musculaire était très mauvaise et doit être considérée comme cause de l'éventration.

---

### OBSERVATION XLVII

Date de l'observation : 28 novembre 1910.

Mme Marie H..., 39 ans, ouvrière, Xpare.

Premières règles à 14 ans, régulières, non douloureuses ; durant trois ou quatre jours.

Santé générale faible.

Ire grossesse à 19 ans. Grossesse et accouchement normaux.

IIe. A 21 ans. Grossesse et accouchement normaux.

IIIe. Avortement à 5 mois 1/2, consécutif à une chute.

IVe. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Albuminurie, crises éclamptiques.

Ve, VIe, VIIe. Grossesses et accouchements normaux.

VIIIe. Présentation transversale. Un circulaire. Enfant mort. Embryotomie.

IXe. Avortement à 5 mois. Cause inconnue.

Xe. Grossesse actuelle. Age de la grossesse : fin du neuvième mois ; dernières règles, du 20 au 23 février 1910.

*Ecartement.* — Les droits s'écartent brusquement à partir de 3 centimètres ; le maximum d'écartement est de 26 centimètres au niveau de l'ombilic et les droits se rapprochent à 39 centimètres.

L'utérus vient faire une énorme saillie à travers cette boutonnière.

*Sangle.* Paroi très flasque. La dureté des droits n'est pas comparable à celle des muscles résistants.

| | |
|---|---|
| Aspect et forme du ventre. | Couchée : ventre globuleux, très étalé ; « ventre de batracien ». |
| | Debout : *venter pendulum*, mal soutenu. |
| | Longueur xypho-pubienne : 43 cm. |
| | Hauteur ombilicale : 21 cm. |
| | Circonférence abdominale : 105 cm. |

Utérus de forme ovoïde, très mobile, ballant, plus incliné à droite.

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Enfant. — Présentation du sommet, dos à gauche. Tête mobile au-dessus du détroit.

Travail. — La femme entre à la salle de travail le 30 novembre, vers midi 1/2, perdant les eaux et disant avoir mal depuis 5 heures du matin. Tête engagée. Col effacé. Dilatation complète — A midi 3/4, expulsion d'un garçon de 3.450 grammes.

Action de la paroi. — *Pendant la grossesse* ; L'éventration est cause de non engagement jusqu'au moment du travail.

*Au moment de l'accouchement* : Voilà une observation qui nous montre d'une façon très nette le rôle minime, presque nul, que joue la paroi abdominale chez une multipare, au moment de l'accouchement. Malgré une éventration prononcée, les contractions utérines et fréquentes ont expulsé rapidement le fœtus.

Durée du travail : 7 heures 45 minutes. — Durée de l'expulsion : 15 minutes.

Poids de l'enfant : 3.450 grammes. Cordon : 65 centimètres. Placenta : 570 grammes.

Post-Partum. — Suites de couches normales. Paroi flasque.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1er j. | L'écart. com. à 5 cm., | fin. à | 32, | att. un max. de | 13 cm. ; | long. | 27 |
| 5e j. | — | 7 | — | 30 | — | 10 | — | 23 |
| 8e j. | — | 7 | — | 27 | — | 8 | — | 20 |

La paroi reste flasque. A chaque effort, l'intestin vient faire saillie dans l'éventration.

## OBSERVATION XLIII

Date de l'observation : 4 mai 1911.

Berthe G..., 30 ans, ménagère. VIIIpare.

Réglée à 16 ans, irrégulièrement. Règles douloureuses durant sept à huit jours.

Santé générale faible.

Ire grossesse à 19 ans. — Grossesse et accouchement normaux. Au dire de la femme, l'enfant était assez gros. Elle s'était levée le cinquième jour et a conservé depuis un gros ventre.

IIe grossesse et accouchement normaux. Reprise des travaux du ménage dès le troisième jour.

IIIe grossesse. Le travail a été un peu long ; la malade ne peut en préciser la durée exacte. On lui recommande alors le port d'une ceinture et le repos absolu. Mais elle ne suivit aucun de ces conseils.

IVe grossesse et accouchement normaux. Fièvre puerpérale légère. Repos au lit pendant dix-sept jours.

Après la Ve grossesse, le « gros ventre » la gênant bien plus, elle se décida à soutenir sa paroi par une ceinture. Mais l'appareil qu'elle acheta lui était difficile à porter et ne la soulageait pas ; aussi le porta-t-elle irrégulièrement.

Au cours des VIe et VIIe grossesses, la femme éprouve une sensation de tiraillements dans le bas-ventre, dus à une légère antéversion.

Aucun des accouchements n'a nécessité d'intervention.

VIII[e] grossesse — actuelle. Dernières règles au commencement du mois d'août 1910. Grossesse de 8 mois.

A l'inspection, dans le décubitus horizontal, le ventre est étalé, flasque, « ventre de batracien ». La paroi, mince, est couverte de nombreuses et anciennes vergetures.

Dans la position verticale, le ventre retombe, « venter pendulum », très mal soutenu.

L'utérus s'applique en majeure partie contre la ligne blanche.

*Ecartement.* — Il commence à 4 centimètres au-dessus de la symphyse atteint son maximum de 19 centimètres au niveau de l'ombilic et finit à 39 centimètres, point où les droits se rapprochent.

*Sangle* : très mauvaise. Les droits, rejetés sur les côtés, sont minces et peu résistants.

La femme ne peut s'asseoir dans son lit sans s'aider de ses mains.

Longueur xypho-pubienne : 42 centimètres.

Hauteur ombilicale : 20 centimètres.

Circonférence abdominale : 104 centimètres.

Utérus ballant, très mobile, incliné à droite. Hauteur utérine : 30 centimètres. A chaque effort, l'utérus vient faire saillie au niveau de la ligne blanche distendue et très mince.

Enfant vivant. *Présentation* du sommet, dos à gauche.

*Engagement* : tête mobile, au-dessous du détroit supérieur.

Au toucher, col très en arrière, mou, entr'ouvert.

La femme revient à la consultation le 24 mai, se plaignant de petites douleurs et de pertes sanguines. A l'examen, nous constatons peu de modifications. L'écartement commence à 4 centimètres, finit à 40 centimètres de la symphyse, atteint un maximum de 20 au niveau de l'ombilic.

Distance xypho-pubienne : 44 centimètres.

Hauteur ombilicale : 21 centimètres.

Circonférence abdominale : 106 centimètres.

Hauteur utérine : 32 centimètres.

Présentation du sommet, dos à droite.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

La femme continue à perdre. On diagnostique une insertion vicieuse du placenta. On lui prescrit le repos absolu. Elle entre à la Maternité.

*La laxité de la paroi et l'insertion vicieuse du placenta sont deux causes de non-engagement. La première est prépondérante, car l'éventration remonte aux grossesses antérieures.*

## OBSERVATION XX.

Date de l'observation : 11 mai 1911.

Gabrielle B..., 24 ans, ménagère, IIpare.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Durée, 3 ou 4 jours. Leucorrhée intermenstruelle. La femme est de petite taille.

Santé générale moyenne.

Ire grossesse à 20 ans. Grossesse et accouchement normaux. Le travail a duré 18 heures ; l'enfant était très gros (au dire de la femme). Suite de couches normales. S'est levée le huitième jour ; a conservé de sa grossesse un gros ventre. La malade n'éprouve aucun trouble.

IIe grossesse à 24 ans — actuelle.

Dernières règles du 1er au 5 août 1910. Serait à terme vers le 10 mai.

*Ecartement.* — Il commence à 2 centimètres, finit à 39 centimètres de la symphyse. Son mode est *sous-ombilical* : le maximum de largeur est de 23 centimètres à 11 centimètres au-dessus de la symphyse.

A l'ombilic, la largeur est de 15 centimètres.

La sangle est cependant assez bonne, et les droits moyennement résistants. La femme ne peut s'asseoir sur son lit sans s'appuyer sur ses mains. L'utérus vient faire saillie dans l'éventration.

Aspect et forme du ventre.
- Couchée : Ventre très volumineux, globuleux.
- Debout : Ventre tombant, très mal soutenu, ventre « en besace ».
- Longueur xypho-pubienne : 45 cm.
- Hauteur ombilicale : 24 cm.
- Circonférence abdominale : 103 cm.

Utérus très mobile, antéversé. Hauteur utérine : 32 centimètres.

Enfant vivant. Présentation transversale, la tête est dans la fosse iliaque gauche, le siège sous l'hypocondre droit. Le dos est en avant. Les battements sont perçus en avant et à droite.

On transforme la présentation transversale en présentation du sommet, par manœuvres externes, et on la fixe par un bandage approprié. La femme nous dit se sentir bien mieux depuis l'application du bandage, dont elle ne saurait maintenant se passer.

Au 5 juin, l'éventration ne s'est pas accentuée. La tête est toujours mobile, au détroit supérieur.

*Il faut attribuer à l'éventration la présentation transversale.*

La femme n'a pas encore accouché.

## POST-PARTUM

Les phénomènes du post-partum sont superposables à ceux que nous avons décrits chez les primipares; mais ici encore le travail est moins complet, l'étalement persiste plus considérable.

En résumé, l'éventration existe en tant que distension de la ligne blanche chez toutes les femmes enceintes. Les degrés sont variables suivant un certain nombre de raisons, dont la plus importante nous semble l'état de la musculature abdominale.

Des éventrations, les unes sont *physiologiques*, passagères, transitoires, normales; les autres sont *pathologiques*.

*Il y a éventration pathologique : chez une primipare, lorsque l'écartement des muscles droits commence à moins de 7 centimètres de la symphyse et présente un maximum de plus de 8 centimètres de largeur; chez une multipare, lorsque l'écartement dépasse 12 centimètres et commence à moins de 6 centimètres.*

Toutefois, chez les primipares, l'éventration qui n'atteint pas 12 centimètres ne sera constituée définitivement que si le facteur multiparité intervient. Ces formes méritent en quelque sorte le nom *d'intermédiaires.*

*Mode et forme de l'écartement.* — Le *mode* est presque toujours *ombilical*, c'est-à-dire que le maximum d'écartement se trouve au niveau de l'ombilic. Parmi les nombreuses femmes que nous avons examinées à la Maternité, deux seulement font exception :

Multipare n° 6. — Eventration *légèrement sus-ombilicale* ; maximum : 7 centimètres à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic ; au niveau de l'ombilic, largeur, 5 ½ centimètres.

Multipare n° 20. — Eventration *franchement sous-ombilicale* ; maximum de 23 centimètres de largeur à 11 centimètres de la symphyse ; au niveau de l'ombilic, largeur, 15 centimètres.

On s'explique assez facilement ce mode ombilical par la présence de l'ombilic, point faible par lui-même, très éloigné des insertions musculaires. En outre, dans son quart supérieur et dans son quart inférieur, la ligne blanche est renforcée par les ligaments : l'un s'insérant sur l'appendice xyphoïde, l'autre sur le pubis, et qui font défaut vers la région médiane. Dans son ensemble, l'écartement a le plus souvent la forme d'un losange allongé, aux angles plus ou moins accusés, pouvant devenir chez certaines

femmes, par l'effacement de ces angles, une ellipse ou un ovoïde. Les formes sont d'ailleurs très variées.

Nous avons reproduit dans les planches III et IV quelques-unes de ces formes d'écartement particulièrement typiques; les unes représentent la distension de la ligne blanche pendant la grossesse; les autres à la fin du post-partum, lorsque les dimensions sont définitivement établies. Enfin, nous avons observé certaines d'entre elles chez des femmes portant des éventrations constituées depuis longtemps.

### Travail de réparation

Le travail de réparation est *plus rapide et plus complet chez les primipares* que chez les multipares. Dans les conditions normales et de repos, la restauration peut être parfaite dans certaines *éventrations physiologiques*. En tous cas, c'est, au maximum, un étalement de 3-4 centimètres chez les primipares, de 5-5 $\frac{1}{2}$ centimètres chez les multipares, qui subsistera.

Au contraire, dans toutes les éventrations *pathologiques*, la restauration sera imparfaite, même dans les meilleures conditions. L'écartement atteindra parfois une largeur de 8 centimètres.

Cette restauration est donc considérable, puisque l'étalement de la ligne blanche est diminué de plus de moitié, parfois même dans la proportion de 3 à 1. Les facteurs de cette restauration sont, d'une part, l'involution du tissu musculaire et vraisemblablement aussi celle du tissu aponévrotique, qui est, toutefois, bien moins parfaite; d'autre part, l'action exercée par la contraction des muscles larges sur la ligne blanche, leur aponévrose.

# Evolution de l'Eventration

Nous avons pu revoir, après leur sortie de la Maternité, quelques-unes des femmes que nous avions examinées. Nous n'avons pas trouvé de différences notables dans les dimensions de la ligne blanche, un mois, deux mois et quelquefois plus après leur accouchement. Mais la sangle musculaire était plus ferme et les muscles plus résistants.

D'autre part, l'examen de malades à l'Hôpital nous a permis de confirmer les résultats que nous indiquions plus haut à propos de la distension normale que conserve la ligne blanche.

Il nous semble donc logique de conclure qu'au bout de 9 ou 10 jours de repos au lit, la paroi a pris des dimensions définitives et qu'après cette époque elle ne subit plus de modifications dans sa forme; mais elle se fortifie.

Les muscles perdent les fibres qu'ils avaient reçues en vue de la grossesse et celles qui avaient été hypertrophiées reprennent leurs dimensions normales. Quelle est la durée complète de cette involution ? Nous ne saurions le dire. Elle dure certainement des semaines, peut-être des mois; certains auteurs disent plus d'une année.

Voici les résultats que nous avons obtenus. Mais nous avons étudié les phénomènes du post-partum dans des conditions de choix, dans un service où le repos est imposé aux femmes.

Malheureusement, dans la classe laborieuse, pour vaquer aux soins du ménage ou souvent même pour gagner la vie de ses enfants, l'accouchée se lève trop tôt, pendant les premiers jours du post-partum, avant que la restauration se soit accomplie.

Sans parler des autres conséquences du lever précoce, sur lequel nous reviendrons, la reprise des travaux fatigants est un obstacle à l'involution; nous l'avons vu plus haut, la masse intestinale vient exercer une pression sur la ligne blanche distendue. Par suite de l'entéroptose générale, cette pression se manifeste surtout dans la région sous-ombilicale. C'est à ce niveau que l'écartement des droits atteindra son maximum. Le mode de l'éventration sera alors surtout sous-ombilical.

Ajoutons, enfin, que chez des femmes habituées à de pénibles travaux et chez lesquelles la paroi est faible, une cause occasionnelle de première importance intervient : c'est *l'effort*, qui accroît brusquement la pression abdominale et fait subir à la ligne blanche une distension qui restera définitive.

Voici quatre observations qui mettent en lumière ce que nous venons d'établir.

---

OBSERVATION I

Date de l'observation : 16 mars 1911.
Jeanne R...., 49 ans, ménagère, VIIIpare.
Premières règles à 12 ans, régulières, durant 3-6 jours.
Santé générale faible. N'a jamais fait de maladie grave.
Première grossesse à 25 ans ; dernière, 8e, à 41 ans. Un seul accouchement, le premier, a nécessité l'intervention. Au-

cun n'a eu de suites fébriles. Après chaque accouchement, sauf après le dernier, cette femme, chargée de famille, a dû reprendre presque aussitôt les travaux de sa fatigante profession : elle s'est levée du 3e au 5e jour.

A la suite de son troisième accouchement, elle s'est aperçue que son ventre était resté bien plus gros qu'après les deux premiers et qu'il avait une tendance à retomber. Cette difformité augmenta après chacun des accouchements ultérieurs.

La femme ne s'en occupa pas et ne porta ni ceinture, ni bandage.

Au cours de sa 8e grossesse, elle vint à la consultation de la Maternité, où on lui conseilla le port d'une ceinture ou d'une bande en flanelle pour empêcher l'antéversion utérine déjà accentuée d'augmenter. Elle accouche à la Maternité en 1904. Au moment de l'accouchement, on remet l'utérus dans sa position normale, en soulevant le siège au moyen d'un coussin et en ramenant en haut le fond de l'utérus, la femme étant couchée ; on maintient l'utérus dans cette position par une bande de flanelle.

Avant l'application du bandage, les efforts de la femme ne faisaient qu'augmenter l'antéversion à chaque contraction ; l'enfant ne progressait pas. Dès que le bandage est appliqué les efforts de la femme deviennent efficaces. Durée du travail : 11 à 12 heures.

Au bout de dix jours, la femme quitte la Maternité. Elle achète une ceinture qu'elle porte irrégulièrement.

Trois ans après, en juillet 1907, elle fut prise subitement, en soulevant un seau d'eau, de coliques et de vomissements, et constata sur la partie médiane du ventre, une tumeur du volume d'une petite tête d'enfant, s'effaçant en partie seulement dans le décubitus horizontal. Durant ces dernières années, la tumeur augmenta de volume.

A la suite d'une éraflure cutanée au niveau de cette tumeur, éraflure due au frottement d'une ceinture rugueuse, il se produit un phlegmon à gauche de la ligne médiane et à trois travers de doigt au-dessus du pubis. La malade entre à l'Hôpital.

Actuellement, on constate une *éventration considérable*, commençant à 2 centimètres de la symphyse, finissant à 35,

atteignant un maximum de 23 centimètres à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Distance xypho-pubienne : 38 centimètres. Hauteur ombilicale : 21 centimètres. Circonférence abdominale : 104 centimètres.

A la partie inférieure de cette éventration se trouve une tumeur, irréductible, faisant une saillie du volume de deux poings.

Dans le décubitus dorsal, le ventre est volumineux, tombant, très flasque. Les droits sont difficilement accessibles ; la sangle est *très mauvaise* ; son rôle est presque nul. La tumeur est irréductible.

Dans la station debout, le ventre, très volumineux, tombe sur les cuisses. C'est un véritable « ventre en besace ».

Quand on fait passer la malade de la première position dans la position assise, le ventre présente deux saillies, la première, la plus volumineuse, occupant toute la longueur de l'écartement : c'est l'éventration. La seconde, appliquée à la partie inférieure de la première et déjetée à droite de deux travers de doigt, est la tumeur. Selon nous, cette tumeur, irréductible, contenant l'intestin, est une hernie de la ligne blanche distendue.

*Troubles.* — La malade éprouve souvent des vomissements biliaires, et des coliques qu'elle compare à celles de l'accouchement. Ces troubles apparaissent de 6 heures à 10 heures du soir, régulièrement. Les coliques, espacées, durent chacune 5 à 10 minutes.

En outre, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur, de gêne perpétuelles. Les souffrances sont continuelles et apparaissent au moindre mouvement : tout effort est pour elle impossible ; elle tient son ventre en toussant et en se mouchant.

Elle continue à porter une ceinture, sur le pansement bien sanglé par une bande de flanelle. Mais ses troubles et ses souffrances persistent.

La cure radicale est extrêmement difficile, sinon impossible, par suite de l'écartement considérable des muscles, de leur minceur et de leur faiblesse extrêmes.

## PRIMIPARES

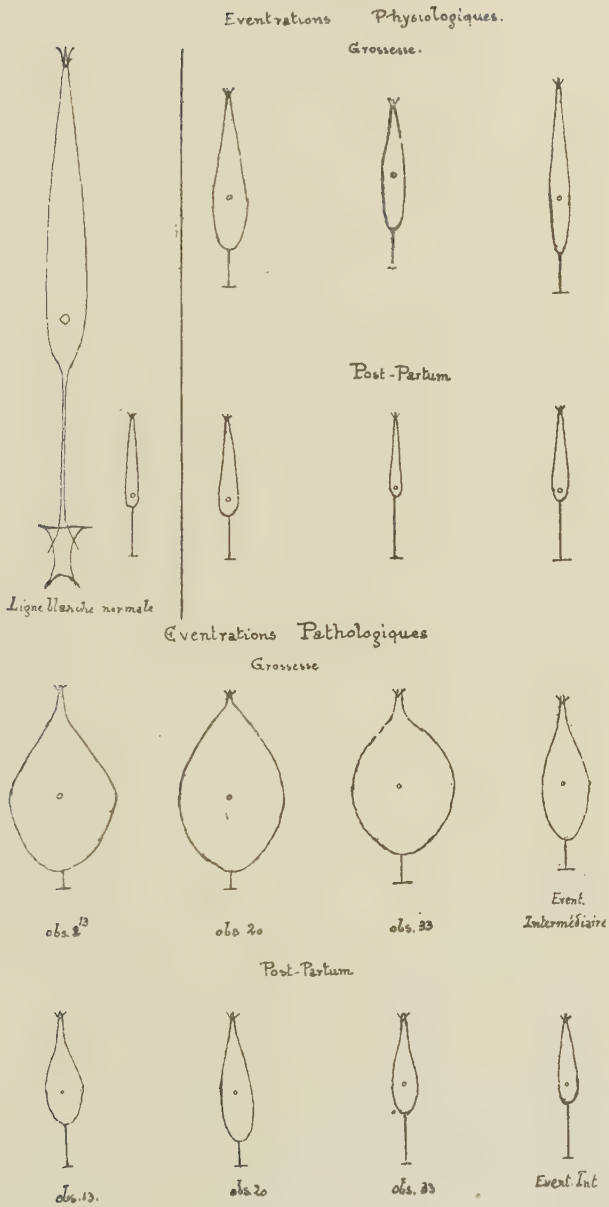



**Planche III**

Formes d'écartement au $\frac{60}{1000}$

## MULTIPARES

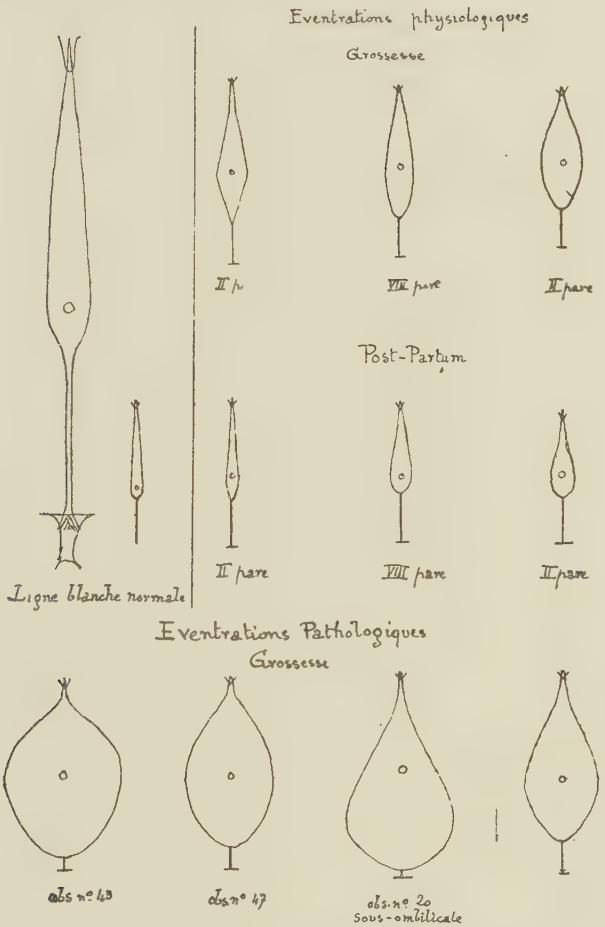



**Planche IV**

Formes d'écartement au $\frac{60}{1000}$

## OBSERVATION II

Marie N..., 48 ans, XVIpare, journalière.

Premières règles à 17 ans, régulières, un peu douloureuses, durant 4 à 5 jours. Santé générale relativement bonne.

Première grossesse à 20 ans. La dernière à 45 ans. Les quatre premiers accouchements ont été assez difficiles, mais n'ont pas nécessité d'intervention. Tous les enfants se sont présentés par le sommet, sauf le 12e, qui s'est présenté par le siège. Les enfants étaient assez gros. Les suites de couches ont toutes été normales ; la femme se levait le 2e ou le 3e jour et soutenait son ventre au moyen d'une serviette pendant une huitaine de jours.

La femme entre à l'Hôpital pour un kyste de l'ovaire assez volumineux.

En l'examinant, nous avons constaté une éventration sous-ombilicale, dont la femme précise mal le début : elle nous dit que c'est surtout depuis le dernier accouchement que son ventre est resté gros et tombant.

L'écartement commence à 4 centimètres et finit à 27 centimètres de la symphyse. Son maximum est de 14 centimètres à une distance de 16 centimètres de la symphyse. Les droits sont assez résistants.

| | |
|---|---|
| Aspect et forme du ventre | Couchée : Légèrement globuleux.<br>Debout : Ventre tombant.<br>Longueur xypho-pubienne : 40 cm.<br>Hauteur ombilicale : 22 cm.<br>Circonférence abdominale : 98 cm. |

---

## OBSERVATION III

Marguerite M..., 36 ans, IIpare, ménagère.

Réglée à 12 ans, régulièrement. Règles non douloureuses, durant 8 jours environ. La femme n'a jamais été malade jusqu'à 32 ans. A cette époque, elle fut soignée pour bronchite. Depuis, sa santé est restée délicate.

Première grossesse à vingt et un ans ; troubles sympathiques pendant les trois premiers mois. Accouchement à terme d'un enfant pesant 3.500 grammes. Le travail a duré quinze heures ; l'expulsion a été rapide ; les suites de couches, fébriles, ont obligé la femme à garder le lit pendant quinze jours.

Deuxième grossesse, huit ans après. Troubles sympathiques. Ventre bien soutenu. Accouchement à terme. Durée du travail : 3 heures 30 minutes ; expulsion très rapide. Enfant : 3.000 grammes.

Pas de troubles dyspeptiques depuis, sauf coliques quelquefois.

Le ventre est gros, mais il y a un fibrome, qui a nécessité son entrée à l'Hôpital, service du professeur Weiss.

Aspect et forme du ventre
- Longueur xypho-pubienne : 38 cm.
- Hauteur ombilicale : 19 cm.
- Circonférence abdominale : 84 cm.

On constate sur la ligne médiane une *éventration sous-ombilicale*. L'écartement commence à 7 centimètres de la symphyse, finit à l'ombilic. Les droits, parallèles sur toute l'étendue de l'éventration, sont écartés de 6 centimètres.

---

## OBSERVATION IV

Date de l'observation : 20 mai 1910.

Mlle Marie M..., 36 ans, sans profession, Vparé, vient consulter à la Maternité parce que « son ventre n'est pas comme il devrait être et parce qu'une tumeur apparaît au niveau de sa partie médiane ».

C'est une femme de petite taille, amaigrie, de santé délicate, mais n'ayant jamais été gravement malade.

Premières règles à 14 ans, non douloureuses, 3-4 jours de durée.

Première grossesse à 29 ans ; grossesse et accouchement normaux ; suites de couches normales.

2e, 3e, 4e grossesses, *idem* ; tous les enfants se sont présentés par le sommet ; la femme quittait le lit le 15e jour, sauf

après son troisième accouchement, où elle se leva le 3e jour. A la suite d'un effort, qu'elle aurait fait dans les premiers jours de son lever, la femme a senti apparaître une tumeur au niveau de la paroi abdominale antérieure ; cette tumeur était du volume d'un gros œuf et ne la gênait pas beaucoup. La malade ne s'en est pas occupée.

5e grossesse. Son dernier accouchement date du 24 avril (par conséquent il y a à peu près un mois) ; la grossesse a été normale, cependant la femme se sentait bien plus fatiguée que pendant les autres grossesses ; « son ventre tombait » ; l'accouchement n'a rien présenté de particulier.

Au dire de la femme, les enfants étaient gros, mais elle ne se rappelle pas leur poids exact. Après le dernier accouchement, la malade a gardé un repos absolu de 12 jours.

A son lever, la « tumeur » qu'elle avait constaté après son troisième accouchement, a considérablement augmenté, ce qui la fait venir consulter.

Nous constatons, en examinant la femme, dans le décubitus horizontal, une légère éventration sous-ombilicale. La peau est lâche, la paroi flasque, dans son ensemble. L'écartement des droits commence à 5 centimètres de la symphyse, s'étend sur une longueur de 26 centimètres (les droits se rapprochent à 31 centimètres), et atteint un maximum de 8 centimètres à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic.

En faisant passer la malade du décubitus horizontal dans la position assise, l'intestin vient faire, au niveau de la ligne blanche, une saillie assez prononcée, sous forme d'une tumeur elliptique.

Dans la position debout, l'aspect du ventre est semblable.

La malade est assez amaigrie ; depuis une quinzaine de jours son éventration, outre la difformité qu'elle cause, lui occasionne des tiraillements douloureux dans le bas-ventre. La femme éprouve des troubles dyspeptiques ; coliques et vomissements.

Longueur xyphoïdo-pubienne : 35 centimètres.

Hauteur ombilicale : 15 centimètres.

Circonférence abdominale : 72 centimètres.

# Conséquences de l'Éventration

Par suite de la distension de la ligne blanche, la paroi abdominale modifiée d'une façon intense dans sa constitution, se trouve inapte à remplir ses fonctions. De cette inaptitude naissent les conséquences de l'éventration, en rapport avec les divers rôles de la paroi. Nous les étudierons successivement pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, lorsque la lésion est définitivement constituée.

### 1° Pendant la grossesse

La paroi abdominale joue un rôle important dans l'engagement de la tête fœtale et dans la présentation du fœtus, comme l'a mis en lumière M. le professeur Pinard.

Frappé de ce fait général, « à savoir que chez les primipares la tête du fœtus plonge dès le huitième mois dans l'excavation et entraîne avec elle le segment inférieur de l'utérus, tandis que chez les multipares, dans les périodes correspondantes de la grossesse, la tête était trouvée mobile au-dessus de l'aire du détroit supérieur ou bien dans une région de la cavité utérine, l'excavation étant vide », — M. Pinard (1) recherche la cause de ces différents états et aboutit à ces conclusions :

(1) Pinard. — *Traité du Palper abdominal*, p. 18 et suivantes.

« Le sac utérin devient extrêmement mobile au fur et à mesure qu'il s'élève dans la grande cavité abdominale; ses points d'attache, les liens qui lui permettent des grands déplacements dans l'excavation, perdent pour ainsi dire toute action sur lui à ce moment, excepté les ligaments ronds qui, pour quelques auteurs, joueraient encore un certain rôle. Il flotte pour ainsi dire dans la cavité abdominale; le segment inférieur, qu'on pourrait appeler le diaphragme utérin, se trouve à la partie supérieure de l'excavation, et bien que le fond soit ordinairement incliné à droite, sa situation n'a rien de fixe.

« Mais les contractions fréquentes des muscles de la paroi abdominale, la tonicité, l'élasticité permanente de ces mêmes muscles, font que l'utérus ne peut guère s'éloigner de la ligne médiane, pressé qu'il est de toutes parts, mais surtout latéralement. Le grand axe doit donc toujours être longitudinal. Au fur et à mesure que l'utérus et son contenu se développent, la pression qu'ils supportent devient de plus en plus intense, de sorte qu'à un moment donné l'action indirecte du diaphragme se faisant sentir, la cavité abdominale devenant trop petite, l'utérus se trouve forcé de descendre dans l'excavation pelvienne jusque là restée vide. Mais il ne descend qu'avec une partie fœtale, et il faut que cette dernière soit l'extrémité céphalique fléchie. Pour que les autres régions fœtales puissent descendre, des contractions énergiques, fréquentes, sont nécessaires et ne se rencontrent qu'au moment du travail. Voilà ce qui se passe chez les primipares.

« Chez les multipares, il n'en est pas ainsi. La paroi abdominale a été distendue, sa cavité est bien plus grande en raison surtout de l'écartement de la ligne blanche et

par cela même de la distance qui sépare le bord interne des muscles grands droits; alors, l'utérus n'est plus soutenu, son grand axe devient oblique, on le trouve en écharpe, en diagonale, ou bien le fond retombe en avant, le ventre est en besace, l'utérus en antéversion. L'axe fœtal, tout en concordant avec l'axe utérin, n'est plus parallèle à l'axe pelvien. Le diaphragme utérin reste au niveau du plan du détroit supérieur, le col devient moins accessible, la partie fœtale n'est pas sollicitée à s'engager et la contraction utérine ne suffit pas toujours à ramener le grand axe de l'organe sur la ligne médiane. »

C'est donc à la distension de la ligne blanche à l'éventration, que M. Pinard attribue ce retard dans l'engagement de la tête fœtale chez les multipares. Nous avons vu que chez elles, en effet, la distension est plus grande que chez les primipares. Nous avons remarqué, en outre, chez les primipares présentant des éventrations pathologiques, que l'engagement de la tête ne se fait que tardivement, parfois seulement au moment du travail. Dans les deux observations de présentation du sommet que nous avons rencontrées, chez l'une, la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur à l'époque du terme; chez l'autre, la tête commence à s'amorcer à la fin du huitième mois de la grossesse. Chez une troisième, présentant une éventration du type intermédiaire, la tête est encore mobile au-dessus de l'aire du détroit supérieur, à l'époque du terme.

Ainsi, l'éventration a placé ces primipares dans le cas des multipares au point de vue de l'engagement de la tête fœtale.

Cette première conséquence a pour effet de faire suppor-

ter à la paroi, dans les derniers mois de la grossesse, une pression plus considérable que celle qu'elle devrait subir normalement. Elle favorise en outre l'antéversion.

Voyons comment agit l'éventration sur la présentation du fœtus.

D'après les classiques, c'est généralement vers le sixième mois, chez les femmes dont la paroi est bonne, que le fœtus se fixe en présentation du sommet. A partir de ce moment, il conserve toutefois une certaine mobilité, il est vrai, mais insuffisante pour favoriser les changements de position ou de présentation. Il n'en est plus de même lorsque la paroi est relâchée. Chez les femmes qui présentent un certain degré d'éventration, et les multipares sont plus nombreuses dans cette catégorie, les mutations du fœtus sont fréquentes. Nous avons vu que l'engagement était retardé, le travail surprend le fœtus et l'immobilise dans la position qu'il occupait au moment des premières contractions utérines. Voilà l'origine des différentes présentations qui sont dues à l'éventration. Examinons successivement chacune d'elles.

1° Sommet. — Les statistiques montrent que la présentation du sommet est moins fréquente chez les femmes éventrées. Nous en avons trouvé trois cas sur cinq éventrations. Lorsque le sommet se présente, comme les muscles et la ligne blanche ne possèdent pas leur tonicité normale, l'engagement ne se fera pas ou s'effectuera seulement au moment du travail, grâce aux efforts des muscles utéro-pelviens. De plus, il sera fréquemment défectueux, car au lieu de s'engager en s'inclinant d'abord sur son pariétal postérieur, il sera en *asynclitisme antérieur* —

c'est-à-dire qu'il s'engagera en s'inclinant sur son pariétal antérieur.

2° Face. — L'éventration sera-t-elle une cause de présentation de la face ? Les observations nous manquent, mais il est très probable que, *l'inclinaison de l'utérus sur son axe chez les femmes éventrées, est suffisante pour expliquer dans certains cas la déflexion de la tête et former ainsi, suivant le degré, une présentation du front ou de la face.*

3° Siège. — L'éventration favorise beaucoup la présentation du siège. C'est assez fréquemment, en effet, que le fœtus se présente ainsi au moment du travail. Nous en avons trouvé deux cas sur cinq observations.

4° Epaule. — Pour la même raison, la présentation de l'épaule s'observe parfois lorsque le fœtus est surpris dans une position transversale. Nous n'en avons pas personnellement observé, mais les auteurs, et M. Pinard en particulier, en ont signalé de nombreux cas.

L'éventration peut encore avoir une influence sur la *torsion axiale de l'utérus gravide*. Glinski (1) en rapporte une observation, et il invoque parmi les facteurs précoces de cette torsion : « une éventration, une diastasis remarquable au niveau des droits abdominaux et de la ligne blanche. »

---

(1) *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, Mai 1911.

### 2° Au moment de l'accouchement

L'éventration a une répercussion sur les différentes périodes du travail, dilatation et expulsion. La question étant assez complexe par elle-même et par les interprétations nombreuses qui lui sont attribuées, nous allons exposer ce rôle de la paroi normale.

Ce serait aller un peu trop loin que d'attribuer, avec certains auteurs, le rôle principal au moment de l'expulsion, aux contractions abdominales, en ne donnant aux contractions utérines qu'un rôle secondaire. Les contractions abdominales sont une cause adjuvante, mais non primordiale.

On sait que ce sont les contractions utérines qui opèrent la dilatation du col et préparent ainsi la voie au fœtus et qu'elles sont la cause principale de son expulsion, les contractions abdominales n'entrant en jeu que lorsque l'extrémité de l'ovoïde fœtale, engagée dans le bassin, vient presser sur le périnée.

Pour Tarnier, la contraction abdominale est un puissant auxiliaire de l'expulsion du fœtus; il invoque comme preuve de cette assertion la lenteur du travail chez des femmes paraplégiques ou chez des femmes à paroi abdominale surchargée de tissus adipeux. Une autre preuve est la lenteur du travail dans certains cas d'éventration. comme le montrent nos observations.

L'éventration peut influencer la période de dilatation au même titre que celle de l'expulsion, bien qu'à un degré moindre cependant; la dilatation est due à la contraction utérine.

En effet, l'antéversion que subit l'utérus à chaque mou-

vement de contraction est limitée par la sangle musculaire, qui favorise la dilatation d'une façon indirecte; la dilatation se trouve retardée lorsque l'écartement considérable des grands droits s'oppose à ce rôle de la sangle.

Or, par suite de la légère antéversion physiologique de l'utérus, c'est un fait normal de trouver, pendant la grossesse, le col dirigé en arrière. Si cette antéversion n'est pas limitée par la sangle abdominale, s'il y a éventration, les contractions utérines tendront à exagérer cette position. A ce moment, ce n'est que par son élasticité qu'elle offre à l'utérus gravide un plan résistant contre lequel il vient lutter à chacune de ses contractions. L'efficacité de ces contractions utérines est alors utilisée complètement pour la dilatation.

Cette dernière une fois accomplie, la tête passe dans le vagin, vient presser sur le périnée et c'est alors que les muscles abdominaux se contractent, jouent un rôle actif et hâtent l'expulsion.

Mais quelle est la cause de cette contraction abdominale ? Sous quelles influences se produit-elle ? Est-elle réflexe, volontaire, ou les deux à la fois ?

C'est un fait, connu depuis longtemps, que la femme pousse en mettant en jeu l'action très puissante de tous les muscles abdominaux et respiratoires.

Lorsque, après dilatation complète, le pôle fœtal vient sur le périnée, à mesure que le travail avance et que le contact entre la muqueuse vaginale et la tête du fœtus devient plus intime, les muscles abdominaux sont stimulés sous l'influence d'une *action réflexe*. La compression du périnée provoque un ténesme qui sollicite cette contraction de la paroi abdominale, et alors la contraction

utérine douloureuse et involontaire est aidée très favorablement par les contractions volontaires, énergiques des muscles abdominaux.

Pour SCHRŒDER et SCHATZ, la contraction utérine agit indirectement en provoquant la contraction abdominale dont seule dépend l'expulsion. Il nous semble rationnel d'admettre que les muscles abdominaux sont excités par simple contact de l'utérus contracté, mais à eux seuls sont insuffisants pour expulser l'enfant.

Nous nous sommes étendue un peu longuement sur ces faits normaux, afin de faire ressortir mieux les troubles de l'éventration pendant le travail. Les périodes de dilatation et d'expulsion sont prolongées, leur lenteur peut nécessiter quelquefois — dans les cas d'éventrations prononcées — *l'application du forceps.*

Non seulement la faiblesse de l'effort, mais en plus la mauvaise direction imprimée à la poussée pourront être la cause de cette intervention. La femme ne sait pas pousser, ou pousse mal par crainte de la douleur.

Chez toutes nos éventrées, le travail a été très long. Ce rôle est particulièrement important chez les primipares par suite de la résistance des muscles pelviens. Chez les multipares, cette résistance étant bien moindre, l'action des « muscles d'effort » n'est pas un facteur indispensable de l'accouchement, comme le prouvent les observations cliniques de HARVEY, de LA MOTTE, SWELLIE, STORCH, etc., qui ont assisté à l'accouchement spontané de femmes paraplégiques.

Si en effet, dans la plupart des cas, la force utérine peut être suffisante pour l'expulsion, dans certains, la

participation des muscles abdominaux est indispensable, et dans tous elle est utile.

Quelle est cette force développée par les muscles volontaires, nous l'ignorons. Pour la déterminer, il faudrait introduire dans l'utérus, au moment du travail, un ballon communiquant avec un manomètre, ce qui a été réalisé par le tocodynamomètre de Schatz, modifié par Polaillon. Ces expériences sont très délicates et pourraient présenter des risques imprévus; d'ailleurs, « toutes les fois que l'intérêt absolu d'un être humain ne réclame pas formellement une intervention, une expérimentation n'est pas autorisée, quelque hypothétiques que puissent être les inconvénients redoutés. »

### 3° Après l'accouchement

Lorsque l'éventration est constituée, les intestins sont livrés à l'action de la pesanteur. Peu à peu, grâce à leur propre poids, le péritoine se distend et ne maintient plus les organes qui viennent reposer sur la paroi et accentuent la distension.

Cette élongation du mésentère constitue l'*entéroptose* décrite par Glénard (1) en 1886. D'après les considérations auxquelles cet auteur s'est livré, les conséquences de l'entéroptose sont les suivantes :

1° Atrésie de la lumière du canal digestif au niveau des points par lesquels les extrémités des anses digestives sont solidement fixées (anneaux ou orifices gastro-duo-

(1) Glénard. — *Entéroptose et neurasthénie*. Communication faite à la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 5 mai 1886.

dénal, duodéno-jéjunal, coliques transverses sous-pylorique, colique sous-rectal gauche, segmoïdo-rectal;

2° Chute du seul point au niveau duquel le tube digestif est mal soutenu, mal fixé (coude droit du colon qui n'a pas de ligament propre);

3° Dévolution exclusive à l'estomac du rôle de soutenir le colon transverse prolabé dans les 2/3 de son parcours;

4° Réalisations nécessaires du cercle vicieux suivant :

*a*). — Le prolapsus du colon luttant par son poids contre le relèvement de l'estomac pendant qu'il se contracte, et contre sa déplétion dans le duodénum (atrésie gastro-duodénale) et conduisant ainsi à l'atonie gastrique (dilatation).

*b*). — La gastroptose (dilatation) et l'atonie gastrique étant de leur côté une cause d'hypostase abdominale par la diminution des ingesta solubles et gazeux qui en est la conséquence (vomissements, douleurs, réduction des ingesta, amaigrissement, constipation). »

Voilà les conséquences fatales de l'entéroptose. Ce sont celles de l'éventration. Tous les degrés s'observent, et bien des malaises vagues éprouvés par la femme, bien des sensations de pesanteur, de gêne mal localisées reconnaissent pour cause l'éventration.

Mais la conséquence de l'éventration qui affecte le plus la femme qui la porte, c'est la *difformité*.

Elle existe déjà pendant la grossesse. Le ventre, au lieu d'être bien soutenu, est tombant, parfois jusque sur les cuisses. Il présente les variétés du *venter pendulum*, et a un degré plus accentué du « ventre en besace ».

Après l'accouchement, l'éventration consiste dans une tumeur médiane, allongée, augmentant à chaque effort et faisant une saillie plus ou moins volumineuse suivant les degrés d'écartement et suivant sa longueur.

C'est par suite de cette lésion que les ventres volumineux sont si fréquemment rencontrés chez *les femmes du peuple*, auxquelles les soucis de l'existence d'une nombreuse famille font négliger les précautions nécessaires pour éviter cette difformité; et qui doivent souvent se livrer à de pénibles travaux pendant toute la durée de leur grossesse et aussitôt après l'accouchement.

Signalons encore les quelques « avantages » de l'éventration, si nous pouvons les appeler ainsi :

1° Exploration de l'utérus après l'accouchement;

2° Expression de la délivrance, par la méthode de Crédé;

3° Compression de l'aorte abdominale comme moyen hémostatique dans les grandes hémorrhagies;

4° Exploration plus facile des organes abdominaux à travers l'écartement des droits et par suite de la moindre résistance de leur contractilité.

# TRAITEMENT

Ainsi l'éventration en apparence sans gravité, présente des conséquences très fâcheuses pour la femme qui en est atteinte. Il importe donc au plus haut point de soulager celles qui en souffrent et de prévenir la formation de cette lésion chez celles qui y sont prédisposées. Aussi, nous accorderons aux moyens prophylactiques une grande place: Ces moyens rentrent dans le cadre de l'éducation physique et de l'hygiène générale. Ils pourront apparaître inopportuns; mais n'avons-nous pas tiré plus haut cette conclusion que l'état fonctionnel des muscles, la constitution de la femme, intervenaient dans l'étiologie des éventrations ?

# PROPHYLAXIE

C'est en effet de l'exposé des causes que nous déduirons les remèdes. Contre la première catégorie de ces causes, contre celles qui accroissent la pression de l'utérus, nous ne pouvons rien, absolument rien. Mais notre intervention peut s'exercer pleinement sur toutes les autres, par des moyens simples, à la portée de toutes les femmes. Nous avons vu que l'éventration résulte de la faiblesse des muscles abdominaux, trop violemment ou trop fréquemment distendus, et souvent de la faiblesse générale.

Il faut, par une éducation physique attentive et par des pratiques d'hygiène raisonnées, lutter contre la débilité de certaines femmes, et leur assurer, autant que faire se peut, une sangle résistante, une paroi capable de contenir l'utérus gravide sans subir de distensions anormales. Mais ce n'est pas lorsque la jeune fille arrive au mariage qu'il faut songer à son rôle maternel. Il faut prévoir de plus loin.

### 1° Chez la jeune fille

*C'est dès l'école, chez la fillette, qu'il faut commencer.*

Pour parvenir au but que nous nous proposons, *la gymnastique* est d'une utilité incontestable; mais ce ne sera pas celle des jeunes gens chez lesquels on vise surtout au

développement de la partie supérieure du tronc, et des muscles des bras. Chez la jeune fille, le but est tout autre : il faut prévenir le rôle maternel de la femme et pour cela assurer avant tout, dans un ensemble harmonieusement développé, la flexibilité du tronc qui lui donnera des parois abdominales solides, chose essentielle pour sa fonction à venir.

La gymnastique consistera à faire travailler d'une façon rationnelle les muscles abdominaux en les « entraînant » méthodiquement. Un certain nombre d'exercices, très simples, nous paraissent les mieux indiqués. Ils consistent dans l'extension du tronc et dans sa flexion extrême sur le bassin, dans la flexion des cuisses, et devront s'exécuter dans la station debout et dans le décubitus dorsal, en y adjoignant des positions différentes pour les membres supérieurs. Mais il faut interdire rigoureusement aux jeunes filles le port du corset pendant ces exercices. La paroi abdominale doit être libre pour que l'amplitude respiratoire atteigne son maximum, et pour que la flexion du tronc puisse être facile et complète. Ces mouvements sont très bien décrits, et avec de nombreuses figures, dans un article de la *Presse Médicale* du 19 novembre 1910.

Que les fillettes et les jeunes filles accomplissent chaque jour dix ou vingt fois chacun d'eux, la sangle abdominale sera suffisamment fortifiée. Une attention particulière doit être apportée chez celles qui sont prédisposées au relâchement musculaire par hérédité, par les séquelles du rachitisme, ou qui présentent une débilité générale.

A cette gymnastique éducative rationnelle, dont les exercices sont déterminés, mais qui est pour la jeune fille une tâche dont elle ne s'explique pas toujours l'utilité, il

faut ajouter des mouvements qui concourent au même but tout en exigeant moins d'effort soutenu et en procurant au contraire du plaisir. Nous voulons parler du *jeu* et du *sport* : la marche, la course, le saut, la natation, le canotage sont excellents.

A côté de cette éducation physique, il faut recommander aux jeunes filles des pratiques *d'hydrothérapie*, consistant en douches; et leur défendre de se serrer avec leur corset.

Dans bon nombre de cas, l'ensemble de ces moyens favorisera le développement normal de la jeune fille, luttera efficacement contre la débilité congénitale de quelques-unes, et assurera à la plupart une paroi résistante, mettra, en un mot, la femme à l'abri de l'éventration pathologique et de ses conséquences.

Mais l'application de ces méthodes est-elle toujours possible ?

Il semble qu'il y ait à ce point de vue une éducation à faire, en commençant par celle des institutrices elles-mêmes.

## PENDANT LA GROSSESSE

1° Lorsque la femme devient enceinte, la gymnastique doit être abandonnée, car les mouvements abdominaux congestionnent les organes du bassin. *La marche est le meilleur exercice pour une femme enceinte*, elle fait fonctionner les muscles abdominaux suffisamment pour entretenir leur tonus. Mais *elle doit être modérée*; toute fatigue doit être évitée.

2° A partir du 4e mois, quelquefois même plus tôt, *le corset ordinaire doit être supprimé*. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait devenir une des causes de l'éventration. Nous en rapportons plus loin une observation.

3° Mais la paroi abdominale gagne à être soutenue, si résistante soit-elle. MATTEI conseille l'emploi d'une large ceinture élastique, dont le but est de prévenir l'éventration. « Il faut, dit-il, mettre cette ceinture chez toutes les femmes à tempérament un peu lymphatique ou chez lesquelles on a des raisons de croire que l'éventration ne sera pas physiologique ».

Nous allons bien plus loin dans cette voie, car nous conseillons le port d'un appareil de soutien chez toutes les multipares et chez les primipares dont la paroi n'est pas excellente. Mais sur quel appareil portera notre choix ? Il existe de nombreux corsets et ceintures, nous ne saurions les passer tous en revue; chacun d'eux présente des avantages, mais aussi des inconvénients.

*Le corset de grossesse du docteur* LŒWY nous semble susceptible de rendre de grands services. Il peut être utilisé depuis le commencement jusqu'à la fin de la gestation. Le point essentiel consiste dans une patte de renfort faisant « l'office d'une main qui relèverait et soutiendrait la partie inférieure et latérale de l'abdomen, tandis que la partie inférieure du corset proprement dit est éminemment souple, extensible et dilatable par suite de sa constitution et du laçage latéral sous-axillaire ».

« Ce corset, en suppléant en partie à l'insuffisance des muscles, en remettant en place la matrice déviée, en répartissant logiquement le poids de cet utérus gravide, en rétablissant l'équilibre abdominal, permet à la femme de

vivre de sa vie ordinaire jusqu'au terme de sa grossesse (1) ».

Ce corset soutient puissamment et physiologiquement l'abdomen comme le feraient deux mains croisées, et il place la femme à l'abri de l'éventration et de ses conséquences.

Malheureusement, le prix d'un corset reste élevé et bien des femmes de la classe laborieuse, chez lesquelles justement l'éventration est la plus fréquente, chargées de famille, hésitent à s'en procurer un. Une large ceinture élastique pourra suffire dans certains cas ou même à la rigueur une bande de toile, mieux de flanelle ou de crêpe Velpeau, s'accommodant aux modifications du ventre et maintenue par des bretelles ou par des sous-cuisses. La première fois, le médecin devra appliquer lui-même le bandage, qu'il surveillera fréquemment.

En outre, pendant toute la durée de la grossesse et surtout durant les derniers mois, le repos relatif est nécessaire : la femme devra s'abstenir de tout travail pénible et surtout de tout effort capable de produire la propulsion de l'intestin contre la ligne blanche distendue. L'effort favorise l'éventration; il peut même la produire brusquement. Heister cite le cas d'une femme « qui, au septième mois de sa grossesse, fut attaquée subitement de cette affection en levant de terre un fardeau ».

Le corset ou la ceinture « de grossesse » pourra permettre à la femme de se livrer plus longtemps à ses occupations, mais il nous paraît excessif de dire qu'elle pourra « vivre de sa vie ordinaire jusqu'au terme de sa grosses-

(1) *Paris Chirurgical*, Mai 1911.

se »; ce serait d'ailleurs une imprudence, car elle risquerait d'accoucher prématurément.

On pourrait objecter que bien des femmes à la campagne travaillent jusqu'au dernier moment et sans aucun appareil de soutien. A cela, nous répondrons qu'elles présentent souvent un certain degré d'éventration après plusieurs grossesses, et que si elles n'en présentent pas davantage, c'est que leur sangle est extraordinairement résistante, car leurs occupations, les travaux des champs auxquels elles se livrent, les obligent très souvent à des flexions continuelles; leur musculature abdominale s'en trouve très fortifiée. Nous l'avons constaté plusieurs fois.

4° Il ne nous semble pas que l'hydrothérapie puisse avoir d'influence sur la tonicité musculaire pendant la grossesse, comme le prétendent certains auteurs qui conseillent les douches froides peu prolongées et sous faible pression, et la douche en pluie.

## TRAITEMENT PALLIATIF

Grâce à ces moyens prophylactiques, bien des éventrations resteront physiologiques. Ce n'est pas à dire qu'elles le seront toutes. Une constitution délicate, une maladie, une des causes augmentant la pression utérine, et souvent aussi l'ignorance des moyens précédents feront naître une éventration. Le médecin ne pourra plus prévenir la lésion, mais seulement soulager la malade, et combattre les conséquences de son affection.

## PENDANT LA GROSSESSE

Lorsqu'on a constaté une éventration, voici les prescriptions qui nous semblent utiles :

1° Ordonner un repos plus complet encore, mais non absolu, car l'atonie des muscles abdominaux doit être évitée avant tout. Ici encore, la marche modérée est très indiquée.

2° Appliquer une ceinture; elle aura un double but :

Maintenir, soutenir la paroi abdominale et s'opposer à une distension nouvelle de la ligne blanche, en un mot limiter l'éventration;

« Suppléer la paroi musculaire de l'abdomen, de manière à régulariser la forme de l'utérus et à rétablir le parallélisme entre les troix axes, utérin, fœtal et pelvien ».

Fixer le fœtus en bonne position, après modification de la présentation par manœuvres externes, s'il y a lieu, et favoriser l'engagement.

La *ceinture eutocique de* M. Pinard répond à ce double but. Nous ne saurions mieux décrire cette ceinture et exposer ses avantages que ne l'a fait M. le professeur A Herrgott, dans un travail auquel nous empruntons ces lignes (1) :

« Cette ceinture, véritable appareil de prothèse utérine, est destinée à donner « à la paroi abdominale, le ressort qui lui manque; à la paroi utérine, le soutien qui lui fait défaut ».

---

(1) A. Herrgott. — De la ceinture eutocique dans les présentations vicieuses. *Revue Médicale de l'Est*, 1880, pages 117 et suivantes.

« Cette ceinture se compose de trois parties : une pièce droite et une pièce gauche, plus une pièce intermédiaire qui forme le complément de la partie antérieure.

« Les parties postérieure et antérieure sont en coutil, renforcées par des baleines et réunies sur le côté par un tissu élastique, en arrière par des boucles avec courroies en tissu, de manière à pouvoir, suivant l'ampleur de l'abdomen, allonger ou raccourcir la ceinture. Des œillets en crochets, appelés œillets américains, placés sur la partie antérieure, permettent de passer un lacet. Une bande de coutil, garnie de flanelle, destinée à être placée directement sur la paroi abdominale avant de fixer la ceinture, empêche le contact dur du lacet et rend supportable une forte compression.

« En outre, M. Pinard, afin de pouvoir augmenter à volonté la pression exercée par les parois latérales et remplacer ainsi plus exactement l'action des muscles situés sur les côtés de l'abdomen, a eu soin de faire ajouter à droite et à gauche, sous le tissu élastique de cette ceinture, deux coussins à air que l'on peut insuffler plus ou moins par l'ajutage qui s'y trouve appendu. Grâce à ce dernier et récent perfectionnement, la pression latérale est plus efficace et le fœtus mieux fixé.

« Des sous-cuisses empêchent la ceinture de remonter.

« Les cas dans lesquels il est indiqué de faire usage de cette ceinture sont très nets.

« Toutes les fois que, vers le huitième mois, l'extrémité céphalique, par suite du défaut d'accommodation du fœtus avec la paroi utérine ou la paroi abdominale, n'aura pas de tendance à s'engager, à se fixer dans l'excavation, la ceinture eutocique devra être appliquée.

« Mais avant de régulariser la présentation fœtale, il faut avoir soin de passer la ceinture sous les reins de la femme, afin qu'elle ne soit plus obligée de se soulever une fois que le fœtus aura été mis dans la situation que l'accoucheur désire lui donner. De pareils mouvements, en effet, suffiraient pour le déplacer et lui permettre de reprendre sa présentation primitive.

« En outre, il faudra dans tous les cas, avant de fixer la ceinture, s'assurer par le toucher que la tête est au-dessus de l'excavation.

« Afin que le port de cette ceinture ne soit pas trop pénible, on n'exercera pendant les premiers jours qu'une compression modérée; on l'augmentera peu à peu les jours suivants, en resserrant graduellement les boucles situées à la partie postérieure; cette ceinture a toujours été bien supportée jusqu'au moment où l'accoucheur l'enlève, soit avant le travail, lorsque la tête est fixée dans l'excavation, soit seulement après la rupture de la poche des eaux, alors que la dilatation est complète, quand la tête, restée au niveau du détroit supérieur, ne plonge pas dans la cavité pelvienne ».

Si la ceinture eutocique de M. Pinard fait défaut, un simple bandage de corps, bien serré avec deux pelotes de coton, peut à la rigueur la remplacer provisoirement. On le laissera également jusqu'à ce que la tête soit bien engagée.

## AU MOMENT DE L'ACCOUCHEMENT

Pour remplacer la paroi abdominale trop faible, et pour rendre les contractions utérines efficaces en leur fournissant un point d'appui, enfin pour favoriser l'engagement de la tête, l'application d'une des ceintures précédentes est necéssaire au moment du travail.

Un autre moyen consiste à maintenir avec les mains l'utérus au moment des contractions.

Certains auteurs ont prétendu que la position accroupie favorisait l'effort de la sangle abdominale pendant la période de l'expulsion. Mais cette position présente plus d'inconvénients que d'avantages : elle est très fatigante pour la femme, favorise la syncope, la surveillance du périnée est difficile.

## PENDANT ET APRÈS LE POST-PARTUM

On évitera, pendant les suites de couches, toutes causes capables d'entraver l'involution. Les femmes devront garder le repos nécessaire pendant une période variable suivant chacune d'elles. Ce repos au lit durera un minimum de 9 jours, les nécessités de la vie ne permettent souvent pas à la femme une période d'inaction plus longue, mais ce repos pourra être prolongé utilement, si l'éventration a été considérable.

Nous avons vu, en effet, que si les dimensions de la ligne blanche restent définitives vers le neuvième jour, la restauration met plus de temps pour rendre sa résistance à la paroi. C'est dès le lendemain de l'accouchement qu'il faut intervenir. L'emploi de la ceinture rem-

plit les premières indications. Toutes les sages-femmes font porter aux accouchées, pendant les quinze premiers jours, une serviette serrée modérément. Bien placée, elle est suffisante pour maintenir la masse intestinale propulsée en avant à chaque effort.

Nous préférons cependant un bandage de corps consistant en une bande en flanelle d'une largeur de 25 centimètres environ, plusieurs fois roulée autour du tronc, entre les dernières côtes et symphyse pubienne. Une bande élastique modérément serrée, un appareil de fortune, en toile, peuvent rendre de grands services.

On peut *improviser* assez facilement, de la façon suivante, *une ceinture* qui sera appelée à rendre les plus grands services :

La partie postérieure, destinée à s'appliquer sur la région lombaire, est formée d'une pièce de toile légèrement trapézoïde à grande base inférieure. Des côtés de ce trapèze partent quatre bandelettes de toile, indépendantes l'une de l'autre, d'une largeur moyenne de 7-8 centimètres, disposées de telle sorte que chaque bandelette supérieure recouvre la bandelette inférieure. Chacune d'elles se boucle isolément sur la partie antérieure du ventre en commençant par la partie inférieure. Il est préférable de placer la ceinture quand la femme est couchée.

L'avantage de cet appareil est de permettre une application sur l'abdomen plus complète que par une ceinture faite d'une seule pièce : chaque languette se moule étroitement sur une région, et la paroi se trouve ainsi soutenue dans chacun de ses points.

Il faut éviter une compression exagérée qui pourrait favoriser le prolapsus des organes génitaux.

La ceinture doit être portée nuit et jour.

Malgré le soulagement qu'il procurera à la malade, le port de cet appareil sera très désagréable, surtout au début. Il faudra insister sur le but que l'on se propose d'atteindre et plus particulièrement sur le ventre volumineux que conserverait l'accouchée. Ce détail d'esthétique est souvent mieux apprécié que toutes les autres raisons.

Bumm conseille d'entourer le ventre, matin et soir, avec une bande élastique de 15 centimètres de largeur et de 6 mètres de longueur. Ce procédé lui a donné de bons résultats : il contribue à rétablir le tonus musculaire.

Mais toute compression, au moyen d'une pile de draps, par exemple, comme cela se fait parfois, est tout à fait à rejeter, car elle aboutit, en retardant l'involution, au but contraire à celui qu'on se propose d'obtenir.

Les *toniques*, vin de quinquina, kola, etc., peuvent être prescrits utilement pour rétablir l'état général.

Ces moyens précédents sont les seuls qui peuvent être employés jusqu'au retour de couches, un mois à six semaines après l'accouchement. A partir de ce moment, ils restent très efficaces; mais il faut leur adjoindre une série de traitements propres à renforcer la sangle musculaire.

1° La *Gymnastique* est encore un des moyens les plus efficaces pour permettre aux muscles droits et obliques de recouvrer rapidement et le plus complètement leur situation anatomique et leur tonus.

Les mouvements de flexion du tronc sur le bassin dans

le décubitus horizontal, diversement combinés, et répétés cinq à dix fois dans la même séance, sont excellents.

Le 20e et le 24e exercices, indiqués par SCHREBER (1) nous semblent les plus favorables.

Le 20e consiste à accomplir l'ensemble des mouvements suivants, dix, vingt, trente fois dans une seule séance :

Les jambes étant fixes et bien tendues, on penche le corps en avant et en arrière, en ayant soin que dans ces mouvements il se manifeste un écart aussi grand que possible entre la position extrême et l'axe du corps.

Dans l'exécution de cet exercice, nous conseillons de procéder avec douceur, avec uniformité et avec lenteur.

Le mouvement en avant est déterminé principalement par les muscles grands droits de l'abdomen; son influence est donc des plus salutaires sur le rétablissement de la fonction de ces muscles, les plus en jeu dans l'éventration. Mais, comme nous l'avons dit, il faut arriver à faire contracter ces muscles sans provoquer la propulsion de la masse intestinale. Or, le mouvement du corps en arrière est des plus propres à la provoquer. Nous modifions donc légèrement cet exercice dans nos cas d'éventration, en ordonnant à la malade de ne pas dépasser la verticale dans le mouvement en arrière.

Le 24e exercice est le suivant : le corps étant étendu dans une position bien exactement horizontale, la patiente devra redresser simplement le tronc, d'un seul coup, dans sa position verticale, sans bouger les jambes. Dans les débuts, les femmes ne peuvent en général réussir ce mouvement qu'à la condition de se mettre aux pieds un contre-

(1) Dr SCHREBER. — *Gymnastique de chambre*, traduite sur la 23e édition allemande, 1865.

poids, ou de maintenir les pieds fixes, en passant leurs extrémités sous un meuble bien ancré dans sa position ; plus tard, ce moyen devient inutile. On croise d'abord les bras sur la poitrine; si le mouvement réussit bien de cette manière, on augmente la difficulté en plaçant les bras à côté de la tête, ou derrière la tête.

L'ensemble de cet exercice nous semble des plus propices à rétablir les fonctions des droits, mais nous ne le conseillons dans l'éventration que si la difformité est en bonne voie de régression, c'est-à-dire à la fin du traitement. Il a en effet l'inconvénient d'exiger un effort violent et d'amener ainsi la propulsion de l'intestin que l'on doit avant tout éviter.

2° L'*Hydrothérapie*, avec la douche froide. Il s'agit en effet, comme le fait remarquer M. Dolléris, de lutter contre une affection de nature essentiellement atonique. La douche a, de plus, l'avantage d'agir sur les états névropathiques qui accompagnent si fréquemment l'entéroptose. On aura recours, de préférence, à la douche en jet d'une durée de 20 à 30 secondes.

3° Le *Massage*, en activant la circulation abdominale, favorise la résorption des éléments surajoutés. La contraction des muscles abdominaux qu'il provoque est de nature à relever leur tonicité. Dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, toute pression abdominale est douloureuse; aussi faut-il commencer, dès les premiers jours, par l'*effleurage*, qui consiste à passer légèrement les mains sur la peau. Sous cette légère influence, il se produit des contractions abdominales qui amènent

une chaleur réactionnelle très propice à l'involution. Le massage augmente progressivement; deux à trois séances suffisent par jour.

Lorsque la pression de l'abdomen ne provoquera plus de douleurs, l'*effleurage* sera remplacé par le *pétrissage;* « ce procédé consiste à comprimer des points successifs de la paroi abdominale en la saisissant avec les doigts, comme pour la pétrir. En procédant avec patience et douceur, les femmes s'y habituent facilement. » Prochownick (1) indique en outre le *tapotement*, pratiqué avec l'extrémité des doigts.

4° L'*Electrothérapie*. — Par la faradisation et la galvanisation alternatives, on favorise les contractions abdominales. L'électricité donne de la vigueur aux muscles et a d'heureux effets trophiques.

Malgré tous ces moyens thérapeutiques, il arrive fréquemment que la femme continue à souffrir de sa difformité et de troubles dyspeptiques variés. Le bandage en toile que nous avons décrit peut être utilisé. Mais la *Sangle de Glénard* nous paraît mieux indiquée encore pour lutter avantageusement contre le prolapsus intestinal. Cette *sangle pelvienne* répond au « double but de serrer beaucoup et de serrer très bas. »

Elle se compose « d'une bande droite de tissu élastique de 12 centimètres de large et de 68 à 76 centimètres de long; à l'une des extrémités, on fixe parallèlement deux bandelettes de tissu élastique de 4 centimètres et demi de large sur 30 centimètres de long; à l'autre extrémité, on

(1) Prochownick. — *Traité de Kinésothérapie*. Traduction par Nitot et Keller.

adapte deux boucles de 5 centimètres de large, placées l'une à côté de l'autre dans le sens de la longueur (1) ». Des sous-cuisses la complètent.

Elle doit être appliquée à la région hypogastrique et bouclée à la région lombaire en commençant par la bandelette inférieure. Elle s'adapte quand la femme est couchée; la constriction doit être poussée jusqu'à la limite d'élasticité du tissu.

Elle est toujours bien supportée, et « quand le diagnostic a été bien posé, le bénéfice immédiat et persistant est si remarquable, que la malade ne songe pas plus à se plaindre de cette servitude qu'un myope ne songerait à se plaindre de ses verres biconcaves. »

Mais le plus souvent, la cure radicale s'impose.

## CURE RADICALE

Disons tout d'abord que la cure radicale ne doit être tentée qu'en dernier lieu, après que tous les autres moyens médicaux ont échoué ou lorsque la femme, même avec une sangle de Glénard, continue à souffrir.

Deux indications absolues décident le chirurgien : ou la femme souffre trop, ou bien elle veut se débarrasser d'une difformité trop apparente. Les deux indications existent quelquefois en même temps.

De nombreux procédés ont été successivement proposés. Nous ne nous arrêterons pas à l'historique de la ques-

(1) Dr Frantz-Glénard.— Exposé sommaire ou traitement de l'entéroptose. *Lyon Médical*, 1887, page 287 et suivantes.

tion. *Le but est de refaire une paroi.* Voici la méthode qui nous semble rationnelle :

Une incision elliptique est faite sur le pourtour cutané de l'éventration. Elle se termine en haut et en bas sur la ligne médiane. Les bords internes des muscles droits sont mis à découvert, ce qui est parfois difficile, par suite de leur extrême écartement. La ligne blanche est sectionnée aux ciseaux tout le long du bord des muscles. Ainsi, toute la paroi qui constituait l'éventration : peau, tissu cellulaire sous-cutané et aponévrose, est réséquée.

On donne à la malade, durant toute l'opération, *la position inclinée de Trendelembourg*, grâce à laquelle l'intestin, entraîné par son propre poids, descend vers le diaphragme et ne vient pas gêner l'opérateur en faisant hernie au niveau de l'incision cutanée.

Les sutures sont particulièrement importantes. Elles se font en étages dans l'ordre suivant :

1° Suture du péritoine au catgut;

2° Suture à points séparés au catgut du feuillet profond de la gaine des droits;

3° Suture des muscles, en ayant soin d'établir leur chevauchement sur la ligne médiane. Cette suture, à points séparés au catgut, comprend aussi le feuillet antérieur de la gaine;

4° Suture de la couche cutanée aux crins de Florence. Les crins doivent pénétrer profondément et réunir la ligne de sutures cutanées à la ligne de sutures aponévrotiques.

On termine par un pansement, maintenu par un bandage de corps bien serré.

## OBSERVATION RELATIVE AU PORT DU CORSET

## CAUSE D'ÉVENTRATION

Date de l'observation : 20 mai 1911.

Rosalie S...., 25 ans, bonne, IIpare.

Premières règles à 14 ans, régulières, douloureuses, durant 2-3 jours. Santé générale assez bonne ; n'a fait aucune maladie grave.

Première grossesse à 23 ans ; troubles sympathiques pendant toute la grossesse. L'enfant pesait 4.200 grammes ; suites de couches normales ; la femme a conservé un gros ventre après cet accouchement.

2e grossesse actuelle. D. R. du 6-10 septembre ; grossesse de 8 mois. Pour dissimuler sa grossesse, elle se serrait avec son corset.

A l'examen, on constate :

| | |
|---|---|
| Aspect et forme du ventre | Couchée : La paroi est très flasque, non élastique, le ventre étalé, retombant ; à la base du thorax trace de striction. |
| | Debout : Ventre très mal soutenu, « *venter pendulum* ». |
| | Distance xypho-pubienne : 39 cm. |
| | Hauteur ombilicale : 23 cm. |
| | Circonférence abdominale : 92 cm. |

*Ecartement.* — Les droits commencent à s'écarter à 5 centimètres au-dessus de la symphyse ; le maximum d'écartement est de 15 centimètres au niveau de l'ombilic, et les droits se rapprochent à 33 centimètres ; sous l'action de l'effort, une partie de la masse intestinale vient faire hernie à la partie sus-ombilicale de l'écartement, tandis que l'utérus vient s'appliquer contre la partie inférieure de la ligne blanche.

Sangle musculaire très peu résistante.

L'utérus est très mobile.

Hauteur utérine : 30 centimètres.

Enfant vivant, présentation du sommet, dos à droite.

Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

# CONCLUSIONS

La paroi abdominale subit, au cours de la puerpéralité, des modifications de forme qui consistent en une distension de la ligne blanche accompagnée d'écartement des muscles grands droits. *Cette distension constitue l'éventration.*

A un faible degré, elle existe chez toutes les femmes pendant la grossesse et mérite le nom de *physiologique*.

Elle devient *pathologique* lorsque l'étalement de la ligne blanche atteint 12 centimètres de largeur.

Les causes de cette lésion sont multiples; la principale réside dans la faiblesse de la musculature abdominale et particulièrement des muscles droits. La distension n'en est que l'effet.

Pendant le post-partum, il se produit un travail de réparation qui, dans les conditions normales, réduit l'étalement et le fait parfois disparaître. Ce travail est insuffi-

sant pour rendre ses dimensions primitives à la paroi abdominale qui a subi une éventration pathologique. Il en résulte une infirmité, qui se traduit par de nombreuses conséquences pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant toute la vie de la femme. L'entéroptose avec tout son cortège de symptômes, et la difformité sont les principales.

L'éventration peut être évitée par un ensemble de moyens prophylactiques applicables dès l'enfance : éducation physique, gymnastique, jeu, sport.

Constituée, l'éventration nécessite un traitement assez complexe, — hygiène, toniques, gymnastiques, massage, électricité, hydrothérapie, — qui peut entraver la marche de l'affection en plaçant la femme dans de meilleures conditions de santé. Le port de ceintures ou de corsets spéciaux pendant toute la vie de la femme, permet de pallier aux plus graves conséquences.

Mais parfois, les souffrances de la malade, et la difformité qu'elle présente, sont des indications précises de la cure radicale.

*
* *

On nous reprochera peut-être, en terminant la lecture de cette étude, de ne pas avoir assez apporté de matériaux personnels. C'est un regret que nous avons souvent eu, de voir nos propres idées déjà formulées par d'autres et quelquefois mieux que nous ne l'aurions fait nous-mêmes; mais nous avons cru plus consciencieux de leur en laisser le mérite.

Nous nous sommes efforcée de réunir, en un ouvrage à peu près complet, les matériaux de la question disséminés un peu partout.

Nous aurons atteint notre but, et ce sera pour nous un grand bonheur, si notre modeste étude peut rendre quelques services.

---

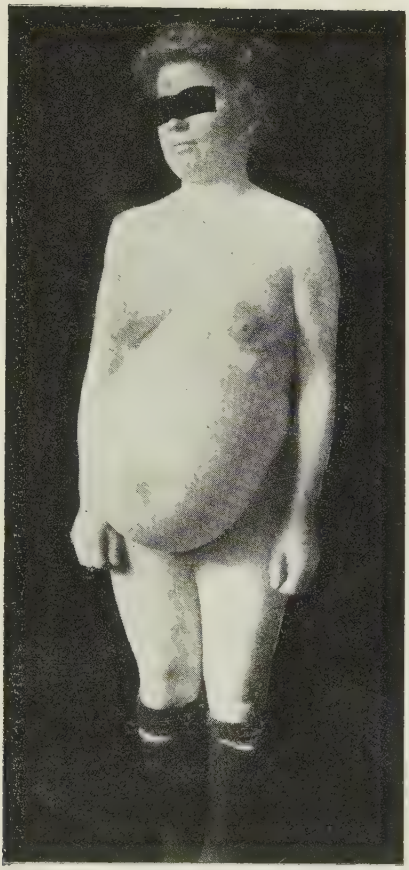
Vu :
Nancy, le 22 Juin 1911.
*Le Président de la Thèse :*
A. HERRGOTT

Vu :
Nancy, le 23 Juin 1911.
*Le Doyen :*
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 29 Juin 1911.
*Le Recteur de l'Académie :*
Ch. ADAM.
Correspondant de l'Institut.

Observation XX

II Pare

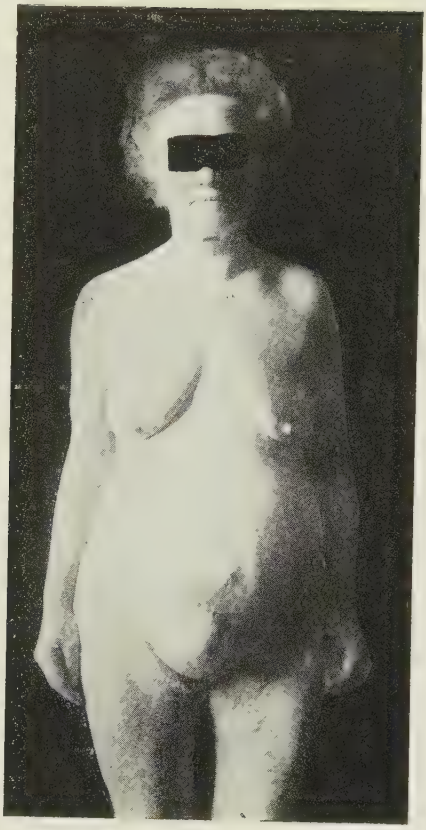


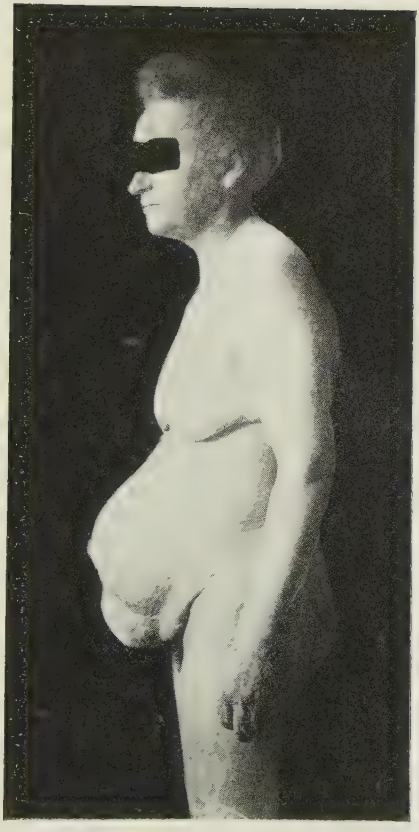
**Eventration sous-ombilicale pendant la grossesse**

## MULTIPARES

Observation I

VIII Pare





**Eventration constituée**

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1911.

ANTHOINE. — Inspection de l'abdomen d'après la méthode de Sigaud, de Lyon. Thèse Paris, 1910.

AUVARD. — Traité pratique de Gynécologie.

BAR. — Traité d'accouchement.

BERGER. — Traité de Chirurgie.

CAZEAUX. — Traité d'accouchement.

CRUVEILHIER. — *Anat. pathol. générale.* T. I.

CHAMARD. — Contribution à l'étude physiologique et clinique de la paroi abdominale pendant l'accouchement et ses suites. Thèse Paris, 1910.

CHANTEUX. — Des éventrations post-opératoires. Thèse Paris, 1898.

DAURIAC. — Paroi abdominale et cavité de Retzius. Traitement chirurgical des éventrations. Thèse Paris, 1896.

DEBRADE. — Lever précoce des accouchées. Thèse Paris, 1910.

DELBET. — Suppurations pelviennes chez la femme.

DENNECÉ. — Insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations. Thèse Paris, 1902.

DOLÉRIS. — Eventration de la grossesse. *Gynécologie*, 1897.

DUCHENNE (de Boulogne). — Physiologie des mouvements.

ELICHER. — *Centralblatt f. Gynœkologie*, 1886, n° 11.

FABRE. — Obstétrique, 1910.

FAURE. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1898.

FEHLING. — Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.

Fosse. — Contribution à l'étude des éventrations et de leur traitement. Thèse Montpellier, 1898.
Fromm. — Physiologie und Pathologie des Wochenbettes, 1910.
Giron. — Attitudes des Parturientes. Thèse Paris, 1907.
Glénard. — *Lyon Médical*, 1885-1887.
Gzerny. — *Centralblatt f. Gynœkologie*, 1886.
Hahn. — *Dictionnaire Dechambre* (article : éventration).
Herrgott (A.). — *Revue Médicale de l'Est*, 1880.
Keim. — Expression utérine, Paris, 1900.
Maillard. — *Centralbl. f. Gynœkologie*, 1900, T. 50.
Mattei. — Essais sur l'accouchement physiologique.
Moll-Weiss (Mme). — *Les mères de demain.*
Nachmann. — Tension abdominale et palper de l'abdomen, d'après la méthode de Sigaud, de Lyon. Thèse Paris, 1908.
Pinard. — *Palper abdominal*, 1878.
*Paris chirurgical*, mars 1911.
Poirier. — Traité d'anatomie humaine.
*Presse Médicale* (n° du 19 novembre 1910).
Quénu. — Société de Chirurgie, 1896.
Querneau. — Eventration post-partum. Thèse Paris, 1897.
Ribemont-Dessaignes. — Précis d'Obstétrique.
Sabatier. — *Médecine opératoire.* Ed. de 1832, T. III.
Schatz. — *Arch. für Gynœk.*, 1872, T. III.
Schrœder. — Traité des Maladies des femmes.
*Semaine Médicale* (janvier 1911).
Tarnier et Chantreuil. — Traité de l'art des accouchements.
Testut. — Traité d'anatomie humaine.
Testut et Jacob. — Anatomie topographique.
Tournemelle. — Eventration post-opératoire. Thèse Paris, 1900.

# TABLE DES MATIÈRES


| | Pages |
|---|---|
| Avant-Propos | 1 |
| Introduction | 3 |
| Anatomie et Physiologie | 6 |
| Historique et Définition | 17 |
| Etude théorique de l'Eventration : | |
| 1° *Pathogénie* | 21 |
| 2° *Etiologie* | 25 |
| Etude clinique de l'Eventration | 33 |
| A. *Eventrations pendant la grossesse et le post-partum :* | |
| I. Primipares | 37 |
| II. Multipares | 48 |
| B. *Evolution de l'Eventration* | 61 |
| C. *Conséquences de l'Eventration* | 68 |
| 1° Pendant la grossesse | 68 |
| 2° Au moment de l'accouchement | 73 |
| 3° Après l'accouchement | 76 |
| Traitement | 79 |
| Prophylaxie | 80 |
| Traitement palliatif | 85 |
| *a*) Pendant la grossesse | 86 |
| *b*) Au moment de l'accouchement | 89 |
| *c*) Pendant et après le post-partum | 89 |
| Cure Radicale | 95 |
| Conclusions | 98 |
| Index Bibliographique | 101 |